

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 549

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898 à 1 heure

PAR

Henri GUILLEMARD

Né à Arcachon le 13 décembre 1870

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

DU TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA CLAVICULE

PAR LE MASSAGE

Président : M. GUYON, professeur

*Juges : MM. { PEYROT, professeur
 { POIRIER et ALBARRAN, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

549

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898 à 1 heure

PAR

Henri GUILLEMARD

Né à Arcachon le 13 décembre 1870

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

DU TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA CLAVICULE
PAR LE MASSAGE

Président : M. GUYON, professeur

*Juges : MM. { PEYROT, professeur
 { POIRIER et ALBARRAN, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchements	GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHASSEVAND	LETULLE	RETTERER	WIDAL
DELBET	MARFAN	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut
Professeur de clinique des voies urinaires
à l'hôpital Necker

En terminant nos études, qu'il nous soit permis de remercier ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux :

Monsieur le Docteur Gingeot, chez qui nous avons passé notre première année d'externat.

Monsieur le Docteur Championnière, dont nous avons été également l'externe et auquel nous devons le sujet de cette thèse. Nous ne saurions trop le remercier des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Monsieur le Docteur Barbier, chez qui nous avons été pendant une année, à la consultation de l'hôpital Bichat, interne provisoire.

Enfin, nous adressons tous nos remerciements à Monsieur le Docteur Dagron, chargé du service de massothérapie chez Monsieur Championnière, qui a bien voulu nous communiquer les nombreuses observations qu'il avait prises, et nous aider de sa grande expérience sur le sujet.

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passée comme externe dans le service de Monsieur le Docteur Championnière, nous avons été vivement frappé par les résultats qu'il obtenait dans le traitement des fractures, par sa méthode de massage et de mobilisation. C'est pourquoi, arrivé au terme de nos études, nous avons désiré exposer dans notre thèse, d'après ses conseils, les résultats obtenus par cette méthode dans l'une des plus fréquentes parmi les fractures : celle de la clavicule ; résultats qui sont appuyés sur une statistique d'une cinquantaine d'observations.

Vivement combattue en principe, à ses débuts, la méthode de Monsieur Championnière a gagné aujourd'hui une victoire partielle : beaucoup de chirurgiens traitent à l'heure actuelle, par le massage et la mobilisation certaines fractures lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de déplacement ;

telles les fractures de l'extrémité inférieure du radius, de l'extrémité inférieure du péroné.

Nous serions heureux de montrer, en nous appuyant sur des cas nombreux, que les fractures de la clavicule, quoique ordinairement très mobiles, et souvent accompagnées d'une assez grosse déformation, s'accommodent également bien du massage, qui, non seulement ne donne lieu à aucun accident, mais produit des résultats supérieurs à toutes les autres méthodes et dont le *modus faciendi* est simple, à la portée de tous les praticiens.

I

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT ET DE LEURS RÉSULTATS

Connue dès la plus haute antiquité, la fracture de la clavicule a donné naissance à un nombre considérable d'appareils. Ici comme partout on peut affirmer que le nombre des modes de traitement est en raison inverse de leur valeur.

Le but qu'ils ont tous recherché a été de diminuer la douleur, particulièrement vive dans cette fracture, où elle est la cause principale de l'impotence fonctionnelle; de réduire au minimum la déformation ultérieure souvent notable, enfin de conserver l'intégrité des mouvements et de la force musculaire du membre supérieur du côté atteint. Disons de suite que pour atteindre ce dernier but, on a pensé qu'il suffisait d'empêcher les raccourcissements étendus, ceux, de plus d'un centimètre et demi, théorie inexacte, nous le verrons. Pour obtenir ces trois desiderata, la réduction de la frac-

ture, puis l'immobilisation des fragments réduits ont été recherchés.

Comment tous les appareils ont-ils essayé d'y arriver ? ont-ils réussi ? Quels résultats ont-ils obtenus ? Tels sont les trois points que nous allons d'abord examiner.

La réduction de la fracture, souvent difficile pour Malgaigne, serait au contraire chose relativement aisée, pour la majorité des chirurgiens actuels, sauf dans les cas qui s'accompagnent d'engrènement ou de chevauchement très accentués.

Pour l'effectuer, il faut connaître la situation des fragments dans les fractures habituelles, celles de la partie moyenne. Le trait de fracture est généralement oblique en bas, en arrière et en dedans ; le fragment interne s'élève sous l'influence de la contracture du muscle sterno-cleido-mastoïdien d'une part, et d'autre part, du poids du bras du côté opposé, qui agit grâce à son articulation avec le sternum comme un levier.

Quant au fragment externe, il est abaissé par le poids du membre du côté blessé, repoussé en dedans par la violence ayant agi sur la main, le coude ou l'épaule ; attiré également en dedans et aussi en avant par la contracture du grand pectoral et surtout du sous-clavier, ce dernier muscle constituant l'agent principal du déplacement.

Pour réduire, il faudrait donc relever le frag-

ment externe, le repousser en dehors et en arrière, enfin abaisser le fragment interne :

On ne peut agir sur le fragment externe, aussi bien d'ailleurs pour le réduire que pour le maintenir réduit, qu'indirectement par l'humérus. C'est en plaçant le point fermé dans le creux axillaire et en rapprochant le coude du tronc que l'humérus agit comme un levier : son extrémité supérieure entraîne en dehors le fragment externe.

En repoussant les épaules en arrière et le coude en haut, on complète la réduction, le fragment se trouvant de la sorte attiré en arrière et en haut.

Mais, s'il est ordinairement assez facile de réduire, il n'en est plus de même pour maintenir les fragments réduits. La multiplicité des appareils montre l'inanité de cette contention. Ils cherchent tous leur action dans la position donnée au bras, on ne peut en effet agir directement sur le fragment externe, et la position superficielle du fragment interne permet difficilement de le repousser en bas, par suite de la douleur qu'occasionne la compression sur une portion d'os recouverte seulement par la peau, entre les deux se trouvant de nombreux filets nerveux issus du plexus cervical.

Hippocrate se contentait de maintenir le blessé couché sur un lit un peu dur, un coussin entre les deux épaules.

Ambroise Paré appliquait la croix de saint André sorte de 8 de chiffre des épaules.

Tous deux voulaient, en rejetant les épaules en arrière, corriger le déplacement du fragment externe; ils avaient vu, ainsi que le montra plus tard Hamilton, que ce fragment se trouve ainsi attiré non seulement en arrière, mais aussi en dehors.

Plus près de nous, on s'est surtout servi d'écharpes. Toutes prennent leur point d'appui sur les deux épaules et sur le thorax et cherchent à immobiliser l'épaule et le membre supérieur tout entier.

La plus connue, la plus employée est celle de Mayor.

Citons également celle de J. L. Petit, celle de Gosselin, qui sont à peu près semblables : le bras repose dans le pli de jonction d'une pièce de linge quadrilatère et doublée en triangle. Les extrémités de la base du double triangle s'attachent ensemble en arrière. La pointe du feuillet postérieur vient se placer en avant de l'épaule saine, celle du feuillet antérieur en avant de l'épaule malade.

On adjoint à ces écharpes un coussin cunéiforme dont la base supérieure vient se placer dans l'aiselle, et qu'on fixe par deux bandes sur l'épaule saine; il fait basculer en dehors le fragment externe

et joue le même rôle que le poing dans la réduction.

L'appareil de Le Dentu est assez employé. On place un coussinet dans l'aisselle, une couche d'ouate dans tous les points où va passer l'appareil. Celui-ci se compose d'une bande de 8 épaisseurs de tarlatane, large de 10 centimètres, longue de 6^m,50. Cette bande est imbibée de plâtre. On place une des extrémités au niveau du bord postérieur de l'épaule saine, on passe transversalement sur le dos du sujet de manière à atteindre le bras malade un peu au-dessus du coude ; le bras est placé en adduction forcée, l'avant-bras fléchi à angle droit, la bande passe en arrière en dehors et en avant du bras pour l'appliquer contre le thorax. Elle suit l'avant-bras, lui constituant une sorte de demi-gouttière, passe sur le bord cubital de la main, dont les doigts restent libres, puis sous l'aisselle saine, pour rejoindre le chef de la bande. On la conduit alors obliquement à travers le dos du sujet jusqu'au-dessus de l'épaule malade : elle passe sur les fragments qu'elle refoule en arrière et en bas, descend verticalement devant le bras, passe sur la partie de l'avant-bras la plus voisine du coude sans couvrir le coude lui-même, remonte parallèlement à sa direction en suivant la face postérieure du bras, repasse sur l'épaule malade pour traverser en diagonale la poitrine et arriver

sur l'épaule malade pour traverser en diagonale la poitrine et arriver sur l'épaule saine. On refait une seconde fois les mêmes manœuvres. Faisons remarquer déjà la complication de cet appareil, la difficulté d'application, enfin la grande gêne qu'il doit faire éprouver. Citons enfin l'appareil de Guillemain, celui de Reclus dans lesquels deux boudins faits de ouate et fermés en bracelet embrassent les deux épaules, une bande de toile ou une bande de caoutchouc tendue en arrière cherchant à les rapprocher ; une écharpe de Mayor immobilise le coude.

Les bretelles de Lannelongue se composent de deux pièces, une pour chaque épaule. Chacune d'elles faite d'une toile solide a une longueur suffisante pour s'étendre obliquement du moignon de l'épaule vers un point situé sur la ligne axillaire du côté opposé, à une distance à peu près égale du creux de l'aisselle et du bord inférieur du thorax, et, de là, transversalement sur la face antérieure du thorax, jusqu'à l'autre ligne axillaire, qu'elle doit plutôt dépasser. La pièce droite, plus large en sa partie moyenne, se termine par une courroie, et porte une boucle à la face postérieure, en dedans de l'anse d'embrasse. La pièce gauche se termine par deux courroies ; elle présente une fente transversale à 15 centimètres de son extrémité inférieure ; elle a en plus une boucle située entre la

fente transversale et l'extrémité inférieure de la pièce.

Le bras du malade passe dans l'anse de la pièce correspondante : on attire les deux moignons de l'épaule en arrière et on ramène les deux pièces en avant, après les avoir croisées derrière le dos. L'extrémité de la pièce droite s'engage dans la fente de la pièce gauche et sa courroie terminale vient se boucler en haut de cette pièce. Des deux courroies de la pièce gauche, l'une se boucle en haut de la pièce droite ; l'autre, circulairement appliquée autour du thorax, est ramenée vers la boucle située à l'extrémité de la pièce gauche.

Parmi ces nombreux appareils les plus simples les bandages sont assez bien supportés par les malades, les autres plus compliqués ne sont que rarement tolérés et rendent indociles les malades les plus tolérants.

Enfin aucun d'eux n'atteint même un seul des desiderata qu'ils recherchent : La douleur ? Ils la laissent persister très vive, réveillée par les moindres mouvements du corps, empêchant souvent les blessés de dormir comme cette femme qui fait le sujet de notre observation 46. Les plus compliqués d'entre eux surajoutent une douleur nouvelle par suite des compressions qu'ils occasionnent.

La contention ? Elle est illusoire. Les fragments

même réduits reprennent rapidement leur déplacement primitif. Fait peu surprenant si l'on songe au peu de prise qu'ont tous ces appareils sur les fragments : nulle pour l'interne, sur lequel les malades ne peuvent jamais supporter une compression suffisante, indirecte pour l'externe ; tandis qu'il existe des causes permanentes de déplacement provenant des mouvements de la tête, du cou, du tronc, qu'aucun appareil n'immobilise, du bras lui-même dont l'immobilisation est en général insuffisante ; provenant surtout de la contracture musculaire qui ne disparaît pas avant le 12^e ou 15^e jour. La déformation si elle existait persistera donc du moins en grande partie, et, par l'immobilisation prolongée du membre blessé on verra survenir au bout de 3 ou 4 semaines des atrophies musculaires de voisinage portant sur les muscles de l'épaule et du bras, des raideurs des articulations de l'épaule et du coude avec induration du tissu cellulaire environnant, de sorte qu'à la fin du traitement, quand la consolidation est obtenue beaucoup de malades souffrent plus de leur coude que de leur fracture et sont souvent pendant longtemps incapables de reprendre leur métier, pour peu qu'il exige des efforts du membre supérieur. Alors on les soumet au massage, à la mobilisation, qui mettent longtemps à restituer des fonctions qu'ils eussent conservées si on

les avait employés dès le début du traitement.

Il nous reste enfin à parler d'un mode de traitement vraiment efficace : la suture osseuse. Elle donne certes d'excellents résultats, une consolidation rapide, une déformation ordinairement peu accentuée. Mais on comprend que les dangers inhérents à une méthode aussi hardie, surtout si elle se généralisait, doivent la faire reléguer dans les moyens d'exception et qu'il serait téméraire d'y avoir systématiquement recours comme le propose et le fait en Allemagne Langenbuch. Elle compte au moins à son actif un cas de mort, celui de Maunoury, où le malade mourut pendant l'opération par pénétration de l'air dans les veines, et une telle éventualité est toujours à redouter dans cette région. Citons enfin un cas, celui de Prie Ricard, où l'on fut obligé de faire à sa suite une désarticulation de l'épaule.

Ce sera donc aux grandes déformations avec compression du plexus brachial ou des gros troncs vasculaires, avec menace de perforation des téguments, aux fractures ouvertes surtout, où elle permet le nettoyage du foyer, qu'il faudra l'appliquer. On l'a conseillée également dans les cas où l'on reconnaît la présence d'esquilles, pensant qu'ultérieurement un cal difforme pourrait amener des phénomènes de compression : nous ne la croyons cependant pas utile dans ces cas, plu-

sieurs de nos observations montrent en effet que le massage a pu guérir sans complications les faits de ce genre.

Il semble d'ailleurs que le massage corrige souvent suffisamment les déplacements étendus pour réduire dans bien des occasions les indications de la suture : sans quoi ne serait-il pas anormal, que dans la cinquantaine d'observations que nous rapportons, pas une fois cette suture n'a été nécessaire et cela dans un service où l'on pratique volontiers les sutures osseuses, où l'on n'eut pas hésité à y avoir recours si elle eût été jugée nécessaire et nos résultats montrent qu'elle ne l'eût pas été, puisqu'ils sont tous dépourvus de complications ; et cependant, dans plusieurs cas le chevauchement était très accentué, il y avait des esquilles.

Citerons-nous à titre de curiosité la méthode de traitement par la contention digitale, inapplicable, on le comprend, en pratique : on n'en cite guère, avec Marcellin Duval, que le cas de ce médecin, dont la fiancée s'était fracturé la clavicule, et qui réussit, grâce à une contention digitale continuée jusqu'à consolidation complète, à lui assurer un cal irréprochable.

II

DES AVANTAGES DU MASSAGE ET DE LA MOBILISATION DE LEUR TECHNIQUE, DE LEURS EFFETS

Le massage et la mobilisation sont-ils préférables aux méthodes précédentes, c'est ce que pense M. Championnière et ce que semble confirmer les résultats de sa pratique.

Certains faits d'observation tendraient d'ailleurs à montrer le peu d'utilité des appareils. Nous voulons parler des fractures de la clavicule chez les jockeys. Parmi ceux qui courent en obstacles, bien peu l'évitent, au cours de leur carrière, beaucoup la répètent et plusieurs fois. Ce sont ces derniers qui souvent, ennuyés par la longueur du traitement, les suites souvent pénibles, l'impotence qui en résulte liée aux raideurs articulaires, aux douleurs, aux atrophies musculaires, arrivent à traiter très sommairement leurs fractures, se contentant de soutenir l'avant-bras du côté blessé dans une écharpe et se servant de leur membre

bien avant la consolidation complète. Et cependant, malgré ces infractions aux principes du traitement classique, ils semblent guérir aussi et même plus rapidement que les malades régulièrement traités, la déformation qu'ils conservent ne dépasse pas celle de ces derniers, enfin ils échappent ultérieurement aux suites qu'ils redoutaient et peuvent rapidement remonter à cheval.

Ne peut-on penser *a fortiori* que cette mobilisation précoce, aidée du massage, faite d'une façon scientifique, méthodique, ne puisse assurer encore de meilleurs résultats et soient également dépourvus d'inconvénients.

Pour cela nous devons examiner :

1° Comment agissent le massage et la mobilisation ?

2° Comment on doit les pratiquer.

3° Quels résultats l'on obtient.

Comment agissent le massage et la mobilisation.

L'action du massage est multiple. Son premier effet est d'atténuer la douleur. Elle est déjà très diminuée dès la 1^{re} séance. Dès la 1^{re} nuit les malades peuvent dormir, cependant ils sont souvent réveillés au milieu de la nuit par une vive douleur due à un mouvement trop étendu qui a réveillé la contracture. Au 4^e jour la douleur a presque toujours complètement disparu.

Cet effet sur la douleur est si remarquable que les malades, loin de redouter la séance, l'attendent impatiemment, et, qu'en la terminant, il faut leur recommander de ne pas exécuter des mouvements trop étendus, ce qu'ils auraient tendance à faire, tant leur fracture est indolore; car, si de petits mouvements des extrémités fracturées favorisent la consolidation, des mouvements trop étendus au contraire l'entraveraient. Enfin ce qui montre encore l'intensité de l'anesthésie que procure le massage c'est qu'on peut, en terminant les séances, provoquer par les manœuvres une crépitation nourrie sans que le malade perçoive aucune sensation pénible; cette crépitation manquait souvent au début.

Ce fait est dû probablement à la disparition de la contracture musculaire, qui était l'un des éléments principaux de la douleur dans la mobilisation des fragments, et aussi en partie à une action directe sur les terminaisons nerveuses dont l'excitation répétée finit par amener l'épuisement et la suppression fonctionnelle.

Le second effet du massage est de provoquer mécaniquement la résorption des épanchements sanguins et séreux au voisinage du foyer de fracture, il favorise ainsi la réduction des fragments repoussés par cette infiltration souvent abondante, surtout dans les fractures de l'extrémité interne;

de plus, le périoste débarrassé de ses caillots, de son œdème, est dans de beaucoup meilleures conditions pour produire du tissu osseux; la consolidation sera par là même accélérée. Ce qui y contribue également, c'est l'activité que le massage imprime à la circulation, d'où nutrition meilleure des fragments.

Enfin le massage fait cesser les contractures musculaires, qui ne disparaissent sans cela que du 12^e au 15^e jour, de là tendance naturelle des fragments à corriger leur chevauchement. Et en effet, sous l'influence du massage, on voit chaque jour ce chevauchement diminuer, on suit à vue d'œil la réduction progressive des fragments, et nos observations sont nombreuses où une déformation considérable au début est arrivée à ne laisser qu'un cal imperceptible.

Enfin, le massage des muscles environnants prévient à coup sûr leur atrophie.

Quant à la mobilisation des articulations de l'épaule et du coude, elle est faite pour s'opposer à leur raideur. Toute jointure, même saine, longtemps immobilisée tend à s'enraidir et le temps de 3 semaines nécessaire au traitement suffirait souvent à le produire.

Enfin la mobilisation peu accentuée des fragments en favorise la consolidation. On a remarqué que dans les appareils immobilisant d'une

façon parfaite un os fracturé le cal est maigre.

Arrivons maintenant à la technique du massage et de la mobilisation.

Du massage. — Il faudra le commencer le plus tôt possible ; le 1^{er} jour si on le peut, et il faudra le faire à quelque époque qu'en soit le processus de guérison si le blessé se présente plus tardivement.

Il n'existe pas de contre-indications.

Un principe doit dominer, guider toute séance de massage, c'est le suivant : le malade doit souffrir le moins possible et ici le moins possible doit être fort peu de chose.

Le malade et l'opérateur sont assis face à face, le premier fait reposer son genou sur son coude et le relève un peu en plaçant le pied sur un tabouret élevé.

Il faut d'abord, par des pressions légères, anesthésier la peau. Un corps rendant le glissement facile, vaseline ou huile stérilisée, est étendu *larga manu* sur toute la région de l'épaule. Les pressions, surtout au début, doivent être extrêmement légères, superficielles, c'est d'abord un simple effleurement. Ce massage superficiel ne demande que 2 à 3 minutes. Il faut repasser plusieurs fois de suite sur les mêmes régions, cette excitation répétée des terminaisons nerveuses arrivant à produire l'anesthésie.

Certains auteurs pensent que la suggestion ne serait pas étrangère à ce résultat. Il y a certainement une influence morale à exercer au début, le malade se rend compte que le massage n'est pas douloureux et perd les préventions qu'il peut avoir soit pour avoir subi du massage brutalement effectué, soit pour les idées que son entourage a pu lui inculquer.

L'anesthésie obtenue on peut commencer le massage de la région de l'os fracturé, mais en évitant d'exercer des pressions même légères sur le bord antérieur de la clavicule que sa situation superficielle, sa forme tranchante rendent blessant. Il faut diriger les pressions ici comme partout ailleurs dans le sens du courant veineux, car ce sont dans les petites veines que les pressions feront mécaniquement rentrer les exsudats, une partie cependant sera reprise par le système lymphatique. Le système veineux de la région venant se déverser soit dans la sous-clavière, soit dans les jugulaires, il faudra donc diriger les pressions de dehors en dedans, augmentant peu à peu leur force de façon à bien déprimer la peau et les plans musculaires sous-jacents ; ces derniers forment une sorte de coussinet et empêchent d'arriver directement sur l'os fracturé ; il ne faudra jamais produire de douleur, le meilleur guide pour l'éviter est la figure du patient qui exprime clairement et im-

médiatement les moindres sensations pénibles.

Ce massage de la région de la fracture abolit la douleur profonde, aide la résorption des épanchements et favorise la nutrition des fragments en activant la circulation.

Pendant les premiers jours il est bon pendant le massage de fixer le fragment externe en le tenant à pleine main.

Après quoi l'on commence le massage musculaire.

Le premier muscle à masser, le plus important, est le deltoïde. C'est lui qui commande la plupart des mouvements de la région, c'est lui que l'immobilisation atrophie le plus rapidement, atrophie qui peut arriver à produire des pseudo-paralysies deltoïdiennes.]

Le deltoïde présente trois ordres de fibres : antérieures, externes, postérieures. Les premières, qui vont de l'empreinte deltoïdienne au bord externe de l'acromion, produisent un seul mouvement : l'abduction, et le produisent presque à elles seules, c'est par elles qu'il faudra commencer ; ce sont elles qui s'atrophient le plus rapidement.

Les fibres antérieures produisent un peu d'abduction et surtout la projection en avant, elles sont aidées dans ce mouvement par le grand pectoral.

Les postérieures qui donnent l'abduction avec projection en arrière sont aidées par le grand

dorsal; le rôle de ces ordres de fibres est donc secondaire.

On commencera donc par des pressions sur les fibres verticales, remontant de l'humérus vers l'acromion, on consacrera à ce mouvement environ 5 minutes.

Puis on agira sur les fibres antérieures, qui, s'insérant en général plus près de la fracture, auront plus de tendance à s'atrophier.

Enfin, on massera les fibres postérieures qui retrouvent plus facilement leurs mouvements.

On terminera par le massage du grand pectoral, surtout de ses faisceaux claviculaires, du trapèze, des sus et sous-épineux, du grand rond, du grand dorsal, du sterno-cléido-mastoïdien, ce dernier de haut en bas, du biceps, du triceps du bras, ces derniers, comme muscles moteurs de l'articulation de l'épaule.

Ce massage musculaire empêchera les atrophies, fera cesser les contractures, et par là permettra la mobilisation facile de l'épaule. On obtient ainsi une résolution analogue à celle du chloroforme, telle que nous avons vu dans le service de M. Championnière, le Docteur Dagron arriver à réduire par la méthode de Kocher deux luxations de l'épaule qui avaient résisté à la consultation externe aux autres méthodes de douceur. Aussi nous a-t-il fait remarquer qu'il y aurait peut-être

là un moyen, tout au moins adjuvant, dans la pratique de la réduction des luxations.

Alors doit commencer la mobilisation passive de l'épaule. On doit faire exécuter à l'épaule tous ses mouvements : propulsion, rétropulsion, abduction, adduction, rotation en dehors et en dedans, circumduction. L'avant-bras sera placé en flexion sur le bras, ce qui facilite beaucoup à l'opérateur les différents mouvements à exécuter en donnant un levier moins lourd et coudé.

Tous ces mouvements seront gradués.

Le premier jour on exécute des mouvements d'oscillation en avant et en arrière en écartant légèrement le bras du corps. Le lendemain on augmente l'étendue de ces mouvements et on y ajoute la rotation en dedans et en dehors. Les mouvements les plus pénibles sont ceux de rotation en dedans et de propulsion : c'est dans la propulsion que les fragments ont de la tendance au chevauchement. Il faudra être sobre de ces mouvements les premiers temps.

Les mouvements de circumduction ne s'exécutent que vers le vingtième jour après consolidation.

Le coude, immobilisé dans une écharpe, devra être également mobilisé, car lui aussi aurait tendance aux raideurs, enfin on fera exécuter des mouvements de la tête et du cou afin d'éviter les contractions du sterno-mastoïdien.

Chez l'enfant, où le périoste épais, presque toujours intact, maintient les fragments et empêche tout déplacement, la mobilisation sera à peu près seule effectuée, la conservation des mouvements de voisinage étant le seul but à atteindre.

Mouvements actifs. — Dès le 1^{er} jour, simple balancement du bras et léger écartement ; on augmente chaque jour l'étendue conjointement avec celle des mouvements passifs.

Il est bon le premier jour de fixer le fragment externe avec une main appliquée sur l'extrémité externe de la clavicule.

Tous ces mouvements actifs seront exécutés sous l'œil du chirurgien ; on amène le membre en abduction et on enjoint au malade de rester dans cette situation ; il peut conserver une situation qu'il eût été dangereux de lui faire atteindre seul.

Après le massage, l'avant-bras mis en flexion à angle droit est placé dans une écharpe dont l'on attache les extrémités à la région cervicale supérieure. Le chef postérieur passe devant la clavicule. Cette écharpe est appliquée directement sur la peau. Le bras est porté autant que possible en arrière, c'est dans cette situation que le fragment externe est en meilleure situation, repoussé en arrière et en dehors. On peut y adjoindre un coussinet dans l'aisselle.

Le malade peut exécuter quelques mouvements

de balancement avec son écharpe et faire souvent remuer ses doigts et son poignet.

Dès le 5^e jour on lui permet de faire hors de l'écharpe des mouvements de flexion et d'extension du coude en dehors de l'écharpe.

Au 15^e jour, la souplesse est suffisante pour que l'écharpe ne soit plus appliquée contre la peau ; on la place sur le vêtement. Le malade peut ainsi vaquer à ses occupations s'il n'a pas un travail manuel.

Si nous examinons maintenant les résultats que donne ce traitement, nous voyons qu'il donne une consolidation rapide obtenue du 18^e au 25^e jour.

Au point de vue esthétique, les malades laissent peu de chose à désirer et cela même lorsqu'ils présentaient au début de grandes déformations : le chevauchement s'est réduit peu à peu. Le cal est généralement imperceptible à l'œil nu, à moins que le sujet ne soit très maigre et le relief des clavicules très accentué ; il faut, pour le reconnaître, palper la région.

Une fois la consolidation effectuée, il ne persiste aucune raideur des articulations de voisinage : l'épaule et le coude ont conservé toute l'ampleur de leurs mouvements. Il n'existe non plus nulle part d'atrophie musculaire, la force musculaire est intacte. Aussi les malades peuvent-ils reprendre aussitôt leurs travaux et les exécuter aussi bien

qu'avant l'accident. C'est ainsi que nous voyons les vélocipédistes, qui forment un gros contingent dans notre statistique, se remettre presque aussitôt à l'entraînement, c'est-à-dire tirer fortement sur leur guidon. L'un d'eux, peu de temps après son accident a pu gagner le grand prix de Paris. Enfin, non-seulement le traitement n'amène pas de complications, mais il semble même les prévenir ; aucun de nos malades n'en a présenté en effet : pas d'inclusion dans le cal des filets nerveux superficiels du plexus cervical, pas de compression par un cal volumineux des branches sous-jacentes du plexus brachial ou des gros troncs vasculaires, et malgré la mobilisation, pas de pseudarthroses. Enfin, nous l'avons vu pas une seule fois de nécessité de suturer.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations ont été prises dans le service de massothérapie de M. Championnière, la plus grande partie par M. le Dr Dagron ; quelques-unes nous sont personnelles : les cinq dernières.

OBSERVATIONS I

Fracture de la clavicule gauche.

D... Henri âgé de 15 ans 1/2 — Le 6 avril 1895, il tombe d'un trapèze sur l'épaule — Entre à la consultation externe le 10 avril. On reconnaît une fracture de la clavicule gauche et l'on place une écharpe de Mayor. On la retire 8 jours après. La réduction est mauvaise. On fait alors un massage quotidien et quelques mouvements de mobilisation. Le 23 avril, tous les mouvements sont revenus, mais le cal est difforme. Il ne revient plus se faire soigner. On le revoit le 5 mai : le cal est normal.

OBSERVATION II

Fracture de la clavicule droite.

G... 55 ans. Le 9 Mai 1895, étant en bicyclette, il fait une chute contre un mur. Quand on l'examine le 10 Mai, on reconnaît une fracture du 1/3 moyen de la clavicule droite. Il y a du chevauchement et une vaste ecchymose. Dès le 1^{er} jour on commence le massage et la mobilisation. Le bras est mis en écharpe pendant 8 jours. Guérison absolue le 25^e jour.

OBSERVATION III

Fracture de la clavicule gauche.

P... Eugène, 43 ans, facteur. Le 20 Mars 1895, étant à bicyclette, se heurte la clavicule contre le collier d'un cheval. A l'examen, le 21 Mars, on trouve une fracture de la portion externe. Il y a du chevauchement des fragments, de l'impotence fonctionnelle, de l'ecchymose. Le massage est commencé dès ce jour. Le bras, fortement porté en arrière, est mis en écharpe. Le 1^{er} avril, soit 11 jours après l'accident, il reprend son service. La consolidation n'est cependant pas encore effectuée.

Sort guéri le 22^e jour et ne revient plus.

OBSERVATION IV

Fracture de la clavicule droite.

M... Ferdinand, 46 ans, allumeur. Le 25 mai 1895, tombe d'une échelle sur l'épaule droite. Entre le jour même l'hôpital où on lui met une écharpe de Mayor.

Le lendemain, à l'examen, on fait le diagnostic de fracture de la région moyenne. On sent une esquille mobile. Dès ce jour, on commence le massage et la mobilisation de l'épaule. Il y a de la raideur, du gonflement, de l'ecchymose. Guérison, le 18 juin, les esquilles ont disparues.

OBSERVATION V

Fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche.

B... Jean, âgé de 22 ans, maçon. Le 5 août 1895, chute de 3 mètres sur l'épaule et le coude gauche. Examiné le même jour, on lui reconnaît une fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche.

Il y a de l'impotence et une vive douleur. On commence

le massage et la mobilisation le 7 août. La guérison est effectuée le 20 août, soit en 15 jours. Dès lors, le malade ne revient plus.

OBSERVATION VI

Fracture de l'extrémité interne de la clavicule droite.

H... Nicolas, 79 ans, cocher. Le 31 octobre 1895, reçoit un coup de poing sur la région de l'extrémité interne de la clavicule droite, la violence le renverse de son siège. Entre à l'hôpital, le 2 novembre. La crépitation, la mobilité, le gonflement permettent de faire le diagnostic de fracture de l'extrémité interne. Le 5 novembre, on commence le massage et la mobilisation. Il sort presque guéri le 20 novembre. Seul, le mouvement d'élévation du bras fait défaut.

OBSERVATION VII

Fracture de la clavicule gauche au 1/3 moyen.

L... Pierre, 45 ans, cocher. Le 5 novembre 1895, son cheval s'emballe il est projeté de son siège sur l'épaule gauche. Il entre à l'hôpital, le 7 novembre. On lui place un bandage de Mayor. Le malade n'est examiné dans le service

du massage que le 14 novembre. On reconnaît une fracture du 1/3 moyen et l'on commence le massage dès ce jour.

Le 22 novembre, le malade a récupéré presque tous ses mouvements.

Le 30 novembre, il sort entièrement guéri, le bras possède tous ses mouvements, il n'y a pas de raideur.

OBSERVATIONS VIII et IX

Fracture des 2 extrémités de la clavicule gauche.

G... Pierre, 20 ans, maçon. Le 22 novembre 1895, il fait une chute de la hauteur d'un 4^e étage. Entre ce jour à l'hôpital. Examiné le 26 novembre, on lui trouve outre des contusions de la tête, de la région lombaire et du thorax du gonflement et des ecchymoses au niveau des 2 extrémités de la clavicule gauche. Cette clavicule présente en effet une fracture à chacun de ces points. Le massage, est commencé ce jour, après la séance de massage on entend nettement la crépitation. L'amélioration survient progressivement, la guérison est effectuée le 22^e jour.

OBSERVATION X

Fracture de la clavicule droite.

J. Frédéric, 35 ans, cocher. Le 11 janvier 1896, il tombe de son siège, il entre le même jour à l'hôpital où on lui

trouve une fracture de la région externe de la clavicule. C'est un éthylique. Les séances de massage sont commencées le 15 janvier, mais le malade ne revient plus.

OBSERVATION XI

Fracture de la clavicule gauche.

M. Ludovic, 18 ans, bicycliste. Le 28 février 1896, il fait une chute de bicyclette en plein emballage. Il est projeté à plusieurs mètres sur l'épaule gauche. Il entre le soir même dans le service. A la région moyenne de la clavicule, il présente les symptômes d'une fracture : déformation, chevauchement. On commence ce jour le massage et la mobilisation. Dès le 15 mars, l'écharpe est placée par dessus les vêtements. Il remonte à bicyclette, le 18 mars et le 21, il peut recommencer son entraînement. L'intégrité de tous ses mouvements, ses forces musculaires sont complètes.

OBSERVATION XII

Fracture de la clavicule droite.

B... Marie ménagère 47 ans. Le 4 mars 1890 elle est bousculée dans la rue par une vache furieuse. Elle présente outre

des contusions multiples notamment à la partie interne du genou gauche, une fracture de la région moyenne de la clavicule droite. Massée dès le 1^{er} jour elle sort le 30 mars avec l'intégrité complète de ses mouvements. On peut constater la guérison complète quelques jours après, cette femme revenant le 2 avril se faire soigner le genou dont elle souffre.

OBSERVATION XIII

Fracture de la clavicule droite.

R. Henry, 22 ans cocher. Il fait une chute de son siège le 14 mars 1896.

Il entre le 15 mars à l'hôpital et l'on constate une fracture de la région externe de la clavicule entre les ligaments trapézoïdes et conoïdes. Il n'y a ni gonflement ni ecchymose mais l'on constate facilement de la crépitation après le massage qui est commencé dès ce jour. Le 17^e jour, les fragments sont consolidés et le malade est guéri après 3 semaines de traitement.

OBSERVATION XIV

Fracture de la clavicule gauche.

J. Germain, 26 ans, vélocipédiste. Il fait une chute sur l'épaule le 1^{er} avril au vélodrome. Il vient le même jour à

l'hôpital on constate une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche. Le jour même l'on commence le massage et la mobilisation. Le 25 avril on peut faire exécuter à l'épaule tous ses mouvements. Il ne revient plus à partir du 20 avril.

OBSERVATION XV

Fracture de la clavicule droite.

B... Adolphe, 19 ans. Le 3 mai 1896, en jouant à la paume, il rejette violemment le bras en arrière et éprouve une vive douleur. Lorsqu'il vient le lendemain on constate une ecchymose légère et peu de douleur à la partie externe de la clavicule. On commence le massage et la mobilisation. Le 15^e jour, tous les mouvements sont revenus. Il cesse de venir le 20^e jour.

OBSERVATION XVI

Fracture du 1/3 moyen de la clavicule droite.

L... Adrien, 25 ans, bicycliste. Le 3 mai 1896, roulant en bicyclette à une allure d'environ 30 kilomètres à l'heure est heurté et tombe. Il vient le jour même. On trouve une fracture au 1/3 moyen de la clavicule, le fragment interne

est très saillant, il y a une vaste ecchymose. On masse et immobilise dès le 1^{er} jour. Le malade continue à souffrir pendant 5 jours. Il est guéri le 1^{er} juin.

OBSERVATION XVII

Fracture de la région moyenne de la clavicule droite.

D... Raoul, 31 ans. Le 23 mai 1896, roulant en bicyclette à toute vitesse, il fait une chute sur l'épaule droite. Il se contente d'immobiliser son bras dans sa veste, le jour suivant il tire même à la carabine. Le 27 mai, il ressent un craquement douloureux dans l'épaule et va se présenter à un médecin qui constate une fracture de la clavicule et place un appareil d'immobilisation.

C'est seulement le 30 mai qu'on l'examine à l'hôpital. On trouve une douleur très vive à la région moyenne avec impotence, chevauchement, ecchymose. On commence aussitôt le massage. Le 20 juin, la guérison est complète, les mouvements sont entièrement revenus, le cal est normal.

OBSERVATION XVIII

Fracture de la clavicule gauche.

G... Eugénie, 45 ans, journalière. Elle est tombée de toiture sur l'épaule gauche le 1^{er} novembre 1896. On

l'examine le 6 novembre et l'on trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche. Il y a un gonflement accentué au bras. On place une écharpe jusqu'au 6^e jour où l'on commence le massage. La guérison est complète en 25 jours.

OBSERVATION XIX

Fracture de la clavicule droite.

R... Pierre, 18 ans. Le 4 novembre 1896 un tonneau lui tombe sur l'épaule. Le 6 novembre, on l'examine et l'on trouve une fracture de la région moyenne avec grand chevauchement. On la réduit en mettant le bras en rotation en dehors. On commence aussitôt le massage et la mobilisation. La guérison est complète en 24 jours.

OBSERVATION XX

Fracture de la clavicule droite.

L. 32 ans, vélocipédiste. Le 4 décembre 1896, il fait une chute de bicyclette en s'entraînant sur piste. Le 5, on l'examine et l'on trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule droite avec chevauchement. On commence le massage et la mobilisation. Il part guéri le 30 décembre.

OBSERVATION XXI

Fracture de la clavicule droite.

M... Jules, 33 ans, plombier. Le 13 décembre 1896, il est tombé par la fenêtre d'un rez-de-chaussée. Quand on l'examine le lendemain, on trouve une fracture de la région externe de la clavicule droite. Massage et mobilisation dès le 1^{er} jour. Le malade part presque guéri le 31 décembre.

OBSERVATION XXII

Fracture de la clavicule droite.

B... Alexandre, 38 ans, mécanicien. Le 13 décembre 1896, il est tombé de sa hauteur sur le trottoir. Il entre ce jour à l'hôpital où l'on constate une fracture de la région externe de la clavicule droite. On commence le massage le 14. Il part guéri le 2 janvier 1897.

OBSERVATION XXIII

Fracture de la clavicule droite.

Z. Alaise, 39 ans cocher. Le 16 décembre 1896, il fait une chute.

Il vint le même jour se faire examiner. On reconnaît une fracture de la région moyenne de la clavicule droite. On commence le massage et la mobilisation. Il sort de l'hôpital le 24 décembre. Il continu à se faire masser à l'hôpital pour améliorer sa force musculaire. Il est complètement guéri le 17 janvier.

OBSERVATION XXIV

Fracture double de la clavicule droite.

C. Lucien, 17 ans, bicycliste. Fait une chute sur l'épaule en roulant en bicyclette le 17 décembre 1896. Se fait examiner le 28 et l'on constate une double fracture de la clavicule droite : l'une siège à la région moyenne, l'autre à la région externe. On fait le massage et la mobilisation immédiatement. La guérison est obtenue au bout de 20 jours.

OBSERVATION XXV

G... Lucien, 18 ans, vélocipédiste. Le 17 mars 1897, fait une chute de bicyclette en plein emballage. Lorsqu'il vient le 18 mars, à l'hôpital, on constate une fracture de la région interne de la clavicule, en dehors de l'attache du muscle sterno-mastoïdien. On fait le massage et la mobilisation, et

le 5 avril les mouvements sont complètement revenus ; il y avait au début beaucoup de contracture musculaire.

OBSERVATION XXVI

Fracture de la région moyenne de la clavicule gauche.

M... 24 ans, vélocipédiste. Il fait une chute de bicyclette au milieu d'un grand emballage le 18 mars 1897 ; il tombe sur l'épaule gauche. Le lendemain, il entre à l'hôpital. On constate une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche, la déformation est très accentuée, le fragment interne fait sous la peau une saillie notable, la vivacité de la douleur provoque de la syncope pendant à l'exploration. On songe à faire la résection et la suture des fragments, mais on se décide cependant pour le traitement ordinaire par le massage et la mobilisation. L'amélioration est rapide et on peut enlever l'écharpe le 20^e jour.

OBSERVATION XXVII

Fracture de la clavicule droite.

C. Valentin, mécanicien, 17 ans. Il fait une chute de bicyclette le 14 mars 1897 à pleine allure. Il entre le même

jour à l'hôpital. On trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule droite avec peu de déplacement. On fait le massage et la mobilisation et l'on fait porter une écharpe pendant 8 jours seulement. Tous les mouvements sont possibles et normaux le 5 avril.

OBSERVATION XXVIII

Fracture de la région moyenne de la clavicule gauche.

B... Jacques, 47 ans, charretier. Le 17 mars 1897, il tombe de son tombereau sur l'épaule. Il entre le même jour à l'hôpital. On trouve à l'examen outre une plaie de la tête une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche avec chevauchement notable. On commence le massage et la mobilisation le 19 mars. Il y a peu de douleurs ; on peut retirer l'écharpe le 28 Mars. Le 1^{er} avril, tous les mouvements sont revenus, mais le malade ne peut pas porter les objets lourds.

OBSERVATION XXIX

Fracture de la région moyenne de la clavicule gauche.

D... Louis, 47 ans, cantonnier. Le 25 mars 1897, il fait une chute de sa hauteur sur l'épaule. On l'examine le 26

et l'on trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche. Il y a pas mal de chevauchement, des ecchymoses, de l'impotence. Le massage est commencé de suite et le malade est complètement guéri le 25^e jour.

OBSERVATION XXX

Fracture du 1/3 moyen de la clavicule gauche.

F... Jules, 67 ans, jardinier. Le 17 juin 1897 fait une chute de 4 mètres sur l'épaule. A l'entrée le 19 juin on trouve une fracture du 1/3 moyen de la clavicule. Le massage est commencé le 19, le bras bien porté en arrière est placé dans une écharpe. Il sort de l'hôpital avant la guérison mais continue à se faire masser à la consultation externe. La guérison est obtenue en temps normal.

ÖBSERVATION XXXI

Fracture de la clavicule droite.

B. Pierre, 25 ans débardeur. Le 26 juin 1897 il reçoit un choc sur l'épaule. Il ne vient à l'hôpital que le 15 juillet, sans avoir subi aucun traitement. On trouve une fracture de la clavicule droite avec impotence, paralysie, raideur.

Le massage et la mobilisation sont immédiatement commencés, et le 25 juillet tous les mouvements sont revenus, la guérison est complète.

OBSERVATION XXXII

Fracture de la clavicule gauche.

H... Eugène, 40 ans, électricien. Le 4 juillet 1897, il fait une chute de bicyclette à grande allure. Il va voir un médecin, qui lui place un appareil silicaté. Il vient se faire examiner à l'hôpital le 7 juillet on trouve une fracture de la clavicule gauche à la région moyenne avec grand déplacement, on sent des esquilles mobiles sous la peau ; le grand pectoral est désinséré de la clavicule. Il y a beaucoup de gonflement, d'ecchymoses, d'impotence. Le massage et la mobilisation sont immédiatement commencés ; le bras porté en arrière est placé dans une écharpe. La guérison est complète le 25 juillet.

OBSERVATION XXXIII

Fracture de la clavicule droite.

B... Alfred, 29 ans, bicycliste. Le 5 juillet, il fait une chute de bicyclette sur l'épaule droite à petite allure.

Le 28 juillet, il vient à l'hôpital. On constate les traces d'une fracture de la clavicule droite. La déformation est accentuée. Il persiste beaucoup de raideur et de l'impotence du membre. On commence le massage et la mobilisation avec mouvements forcés. La guérison est complète le 10 août 1897.

OBSERVATION XXXIV

Fracture de la clavicule droite et de l'omoplate.

G... François, 46 ans, journalier. Le 6 juillet 1897 il tombe d'un toit de la hauteur de 2 étages. Il entre à l'hôpital, le 7 juillet. On trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule droite avec grand chevauchement et une fracture de l'angle inférieur de l'omoplate droite. On fait le massage et la mobilisation et la guérison est obtenue le 27 juillet.

OBSERVATION XXXV

Fracture de la clavicule gauche.

P... Georges, 9 ans. Le 7 juillet 1897, il fait une chute en faisant de la barre fixe. Quand on l'examine le 8 juillet, on trouve une fracture sous-périostée de la région moyenne

de la clavicule gauche sans déplacement, il y a seulement de la douleur et de l'ecchymose. On fait la mobilisation, mais peu de massage.

La guérison est obtenue le 30 juillet.

OBSERVATION XXXVI

Fracture de la clavicule gauche.

M... Evariste, 45 ans, conducteur de tramways. Le 11 juillet, fait une chute de tramway sur l'épaule gauche. Il entre à l'hôpital, le 11 juillet. On lui avait placé à son entrée un appareil qui l'empêche de dormir et le fait souffrir. Dans le service on retire l'appareil le 12 juillet, on trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche avec grand déplacement. On fait le massage et la mobilisation, et la guérison est obtenue le 5 août 1897.

OBSERVATION XXXVII

P... Charles, 31 ans, électricien. Le 17 juillet 1897 il fait une chute de bicyclette à petite allure. Il entre à l'hôpital le lendemain. On trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche avec grand déplacement. On commence le même jour le massage et la mobilisation, il y a de la con-

tracture et une vive douleur. Le 12 août, la guérison est complète, tous les mouvements sont revenus.

OBSERVATION XXXVIII

Fracture de la clavicule gauche.

L... Jules, 26 ans, ferblantier. Le 18 juillet 1897 fait une chute de bicyclette dans une course, roulant à grand allure. Se présente le lendemain à l'hôpital. On constate une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche. On fait le massage et la mobilisation. La guérison est achevée le 12 août.

OBSERVATION XXXIX

B... Emile, 43 ans, mécanicien au chemin de fer de l'Ouest. Le 19 juillet il tombe de sa machine, qu'il était en train de graisser, sur un tas de bois. Il entre à l'hôpital le 22 juillet 1897. On trouve une fracture de la région externe de la clavicule. Il y a une vive douleur à la pression. On commence le même jour le massage et la mobilisation. Il peut reprendre son travail le 5 août.

OBSERVATION XL

T... Henri, 35 ans, sculpteur. Le 24 juillet 1897, étant à bicyclette, il est renversé par un cavalier et tombe sur

l'épaule droite. Lorsqu'il vient se présenter à l'hôpital, le même jour, on trouve une fracture de l'extrémité externe de la clavicule droite sans déplacement. On commence le même jour le massage et la mobilisation. Il peut reprendre son travail le 10 août.

OBSERVATION XLI

P... François, 46 ans, maçon. Le 13 septembre 1897, il est heurté par une voiture qui le renverse contre le trottoir. On l'apporte à l'hôpital sans connaissance. On porte le diagnostic de fracture de la région moyenne de la clavicule gauche. Il y a du chevauchement, des ecchymoses, des esquilles. C'est un alcoolique. On commence le même jour le massage et la mobilisation. Il sort de l'hôpital le 17 septembre et revient se faire masser à la consultation jusqu'au 22 Septembre. Quoique l'os ne soit pas consolidé, il se trouve assez guéri et ne revient plus. On n'a plus de ses nouvelles.

OBSERVATION XLII

Fracture de la clavicule gauche.

D... François, vélocipédiste, 19, ans Le 19 septembre 1897, roulant à bicyclette toute allure, il est heurté à l'épaule

gauche et renversé par une voiture. Il entre le même jour à l'hôpital. Il a une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche avec grand chevauchement. Le massage est commencé le 20 septembre. Le 4 octobre 1897, tous les mouvements sont revenus, la force musculaire est complète ; il ne revient plus.

OBSERVATION XLII

Fracture de la clavicule droite.

G... Georges, 19 ans, électricien. Le 23 octobre 1897 à Caen, roulant à bicyclette à vive allure il fait une chute sur l'épaule droite. Le médecin de Dozulé lui place un appareil le lendemain. Il se présente à l'hôpital, le 25 octobre 1897. On trouve une fracture de la région moyenne de la clavicule droite sans déplacement. Il y a de la douleur, de l'ecchymose. On fait le massage et la mobilisation. La guérison est achevée le 15^e jour, guérison rapide due à ce que le périoste était intact et maintenait les fragments.

OBSERVATION XLIV

Fracture de la clavicule gauche et de l'olecrâne.

S. Joseph, 62 ans, cordonnier. Le 7 février 1898, il fait une chute sur le coude dans un escalier. Il entre le 8 février

à l'hôpital. On trouve une double lésion : une fracture de l'extrémité interne de la clavicule gauche avec douleur, ecchymose le long du sternum et une fracture de l'olecrâne. Le massage est douloureux à cause de cette dernière fracture. Celle-ci, d'ailleurs, commande la situation. La fracture de la clavicule est guérie avant la fracture de l'olecrâne.

OBSERVATION XLV

Fracture de la clavicule gauche.

B. Etienne, 25 ans, doreur. Le 13 mars 1898, il fait une chute de bicyclette sur l'épaule gauche marchant à grande allure. On avait fait en ville le diagnostic de contusion et mis une écharpe. Il entre à l'hôpital le 19 mars et l'on porte le diagnostic de fracture de l'extrémité externe de la clavicule gauche au niveau de l'apophyse coracoïde. On fait le massage et la mobilisation. La guérison est complète le 28 mars, le malade a recouvré l'usage de tous ses mouvements.

OBSERVATION XLVI

Fracture de la clavicule gauche.

G... Marcel, 18 ans 1/2 cycliste. Le 20 mars 1898 il fait une chute de bicyclette sur l'épaule gauche marchant à grande

allure. On lui met le bras en écharpe. Il vient à l'hôpital le 21 mars, on fait le diagnostic de fracture de la clavicule gauche. Il y a beaucoup de déformation, des esquilles sous la peau de l'ecchymose descendant jusqu'à la taille, de l'impotence, de la contracture musculaire. On fait le massage et la mobilisation. Le bras porté en arrière est placé dans une écharpe. Le 5 avril, le malade exécute sans douleur tous les mouvements de l'articulation de l'épaule, à l'exception de la propulsion qui est encore douloureuse car les fragments non consolidés jouent encore l'un sur l'autre. Mais l'esquille ne gêne plus le malade. Le 10 avril, le cal qui diminue de jour en jour se régularise. Le malade a récupéré tous ses mouvements. Le 15 avril, le malade ne revient plus, il n'y a pas de déformation et le cal primitivement gros allait de jour en jour en diminuant.

OBSERVATION XLVII

Fracture de la clavicule gauche.

L... Rosalie, 50 ans, cuisinière. Le 20 mars 1898, elle fait une chute dans un escalier. Elle vient le soir même à l'hôpital. On lui place un appareil ouaté sur l'épaule. Le lendemain, dans le service de monsieur Th. Anger, on fait le diagnostic de fracture de la région moyenne de la clavicule et l'on place des bandes qui maintiennent le bras contre le corps, le coude porté en avant. Au bout de 12 jours on met

une nouvelle écharpe et l'on porte cette fois le bras en arrière. Les bandes sont fortement serrées, la malade ne peut faire aucun mouvement. Elle se plaint de souffrir. Au bout de 3 semaines, le bras est rendu libre, on cesse tout traitement. Elle vient alors le 10 mai 1898 dans le service de Monsieur Championnière. A l'examen, on trouve un cas solide, mais vicieux, il y a du chevauchement. Il y a également de la douleur, de la contracture des muscles de l'épaule avec impotence, parésie, raideur articulaire. On commence alors le massage et la mobilisation. C'est seulement au bout de 15 jours de traitement qu'on peut arriver à mobiliser l'épaule et le coude, tant la douleur était accentuée.

Pendant toute la durée du traitement, la malade souffre de son épaule. Au bout d'un mois, on peut arriver à mobiliser complètement l'épaule, mais ces mouvements passifs sont toujours douloureux. Au bout de 6 semaines la malade ne revient plus. Elle avait récupéré tous ses mouvements de l'épaule, mais présentait encore quelques douleurs dans la propulsion et l'abduction.

OBSERVATION XLVIII

Fracture de la clavicule droite.

G... Charles, 18 ans, mécanicien. Le 25 mai 1898, il fait une chute de bicyclette. On trouve à l'examen une fracture

de la clavicule droite, avec grosse déformation, chevauchement, esquilles en avant, douleurs très aiguës. On commence le massage et la douleur disparaît dès le 2^e jour du traitement : Le 21 juin, la guérison est absolue, le malade ne revient plus.

OBSERVATION XLIX

Fracture de la clavicule gauche.

C... 26 ans, vélocipédiste. Le 22 mai 1898, il fait une chute de bicyclette, marchant à grande allure. Il entre à l'hôpital, le lendemain. Il y a une fracture de la région moyenne de la clavicule gauche, avec grande déformation, chevauchement, esquille antérieure. On commence le massage et la mobilisation. Le 10^e jour la pointe de l'esquille qui saillait sous la peau a disparu. La guérison est complète le 17 juin.

CONCLUSIONS

Le traitement des fractures de la clavicule par le massage et la mobilisation permet d'obtenir les résultats suivants :

1. — Diminution rapide de la douleur qui disparaît le 4^e jour en moyenne.

2. — Consolidation plus rapide, effectuée en moyenne le 20^e jour.

3. — Déformation moindre passant généralement inaperçue à l'œil nu.

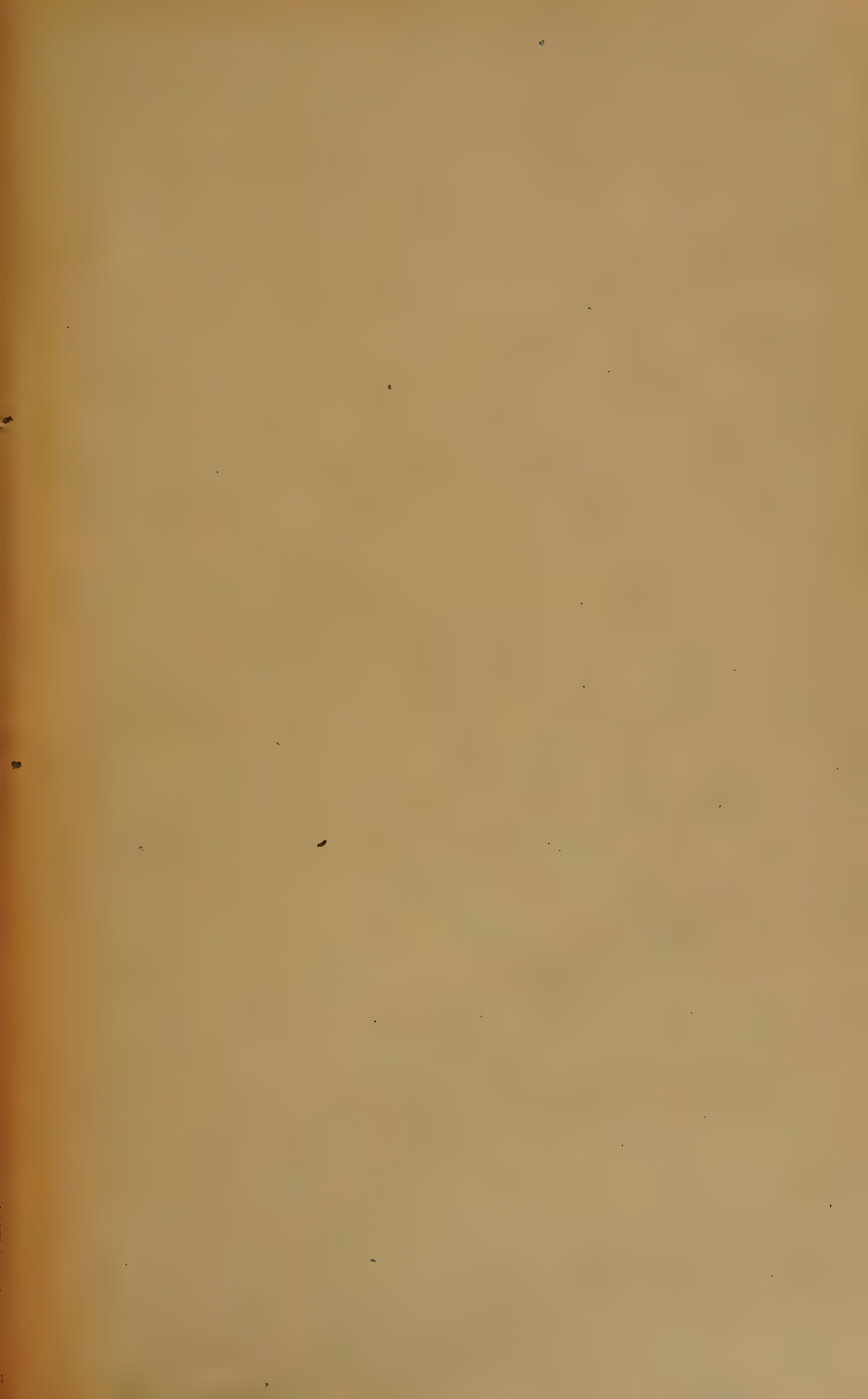
4. — Diminution des cas où l'on doit intervenir par la suture osseuse.

5. — Conservation intégrale des mouvements et de la force musculaire.

Vu le doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

340

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mai 1898, à 1 heure

Par GASTON GUILLEMARE

Né à Paris le 21 janvier 1872

RECHERCHES

SUR LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE

(Exposé — Formes cliniques — Traitement)

Président : M. DÉBOVE, professeur.

*Juges : } MM. BROUARDEL, professeur.
CHARRIN ET THOINOT, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

340

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mai 1898, à 1 heure

Par GASTON GUILLEMARE

Né à Paris le 21 janvier 1872

RECHERCHES

SUR LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE

(Exposé — Formes cliniques — Traitement)



Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. BROUARDEL, professeur.
CHARRIN ET THOINOT, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	HUTINEL.
Pathologie médicale	DEBOVE.
	LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale	CORNIL.
Anatomie pathologique	MATHIAS DUVAL
Histologie	TERRIER.
Opérations et appareils	POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie	LANDOUZY
Thérapeutique	PROUST.
Hygiène	BROUARDEL.
Médecine légale	LABOULBENE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHANTEMESSE.
Pathologie expérimentale et comparée	POTAIN.
	JACCOUD.
Clinique médicale.	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉPRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Recherches

SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE

Exposé — Formes Cliniques — Traitement

INTRODUCTION

La péritonite tuberculeuse aiguë déterminée par la pénétration du bacille de Koch dans la grande séreuse abdominale et traduisant symptomatiquement la tuberculose miliaire se présente sous deux aspects différents, suivant que cette tuberculose est généralisée ou localisée au péritoine.

Dans le premier cas, on a une dissémination de granulations sur tous les points de l'économie. On retrouve des tubercules dans un ou plusieurs des

organes suivants simultanément envahis : poumons, plèvres, foie, tube digestif, reins, rate, méninges (etc.). La tuberculose péritonéale est alors le plus souvent méconnue, masquée qu'elle est par l'intensité des symptômes généraux. On a affaire en somme à une véritable granulie ou à un des éléments constitutifs de cette affection.

Dans le second cas l'éruption miliaire est plus limitée. Elle occupe surtout si non exclusivement le péritoine et se traduit par des symptômes locaux et généraux qui permettent assez souvent d'en faire le diagnostic.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier cette dernière forme surtout au point de vue de ses manifestations cliniques et de son traitement chirurgical.

Cette étude sera, croyons-nous, utilement préparée par l'exposé de notions sommaires sur l'historique, l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie de notre affection.

Mais auparavant, nous sommes heureux qu'un usage ancien nous fasse un devoir de remercier tous ceux qui nous ont aidé de leurs avis et de leur expérience dans le cours de nos études. A tous nous adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous nous sentons plus redevable encore envers nos maîtres des hôpitaux ; et au moment où s'ouvre véritablement devant nous la carrière médicale, à

cette heure où, arrivé à la fin de nos études, nous allons devenir praticien, c'est à la fois pour nous un devoir et une satisfaction de leur adresser ici l'expression de notre reconnaissance émue, où se confondent à la fois notre reconnaissance et notre respect. Le souvenir de leur enseignement nous suivra dans les difficultés de la pratique médicale et nous trouverons dans l'exemple qu'ils nous ont donné une règle de conduite fidèle.

Nous devons en premier lieu remercier M. le docteur Millard médecin honoraire des hôpitaux, notre premier maître, de tous les conseils qu'il nous a prodigués tant que nous avons été son élève.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. Théophile Anger chirurgien de l'hôpital Beaujon pour le bon accueil qu'il nous a toujours fait chaque fois qu'il nous a été possible de suivre sa visite dans son riche service.

M. le professeur agrégé Lejars, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse inaugurale et nous en faciliter l'étude en nous aidant de ses conseils, sait quelle respectueuse estime nous avons pour lui. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il a eue pour nous en cette circonstance et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout le cours de nos études médicales.

Nous devons encore un remerciement à M. le professeur agrégé Troisier, médecin de l'hôpital Beaujon, pour la sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner pendant les quelques mois que nous avons passés dans son service.

Nous prions également M. le professeur agrégé Robin, médecin de l'hôpital La Pitié, de daigner recevoir l'hommage de notre reconnaissance pour les savantes leçons que nous avons reçues de lui tant au lit du malade que dans ses conférences du lundi matin pendant l'année scolaire 1896-1897.

Merci enfin au professeur Pinard et au professeur agrégé Maygrier accoucheur de l'hôpital La Charité chez lesquels nous avons étudié nos accouchements

M. le professeur Debove, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix, qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude.

CHAPITRE I

§ I. — **Historique.**

Nous n'avons pas l'intention dans ce modeste mémoire de faire l'historique complet de la péritonite tuberculeuse aiguë. Il nous faudrait pour cela écrire l'histoire de la tuberculose du péritoine en général et nous ne pourrions le faire sans sortir du plan que nous nous sommes tracé.

Il nous paraît cependant impossible de parler d'une forme d'une maladie sans dire un mot de cette maladie elle-même. Mais nous le ferons le plus brièvement possible renvoyant pour plus de détails aux nombreux travaux publiés sur ce sujet et notamment aux thèses de Boulland, Delpeuch, Trabaud et Pic.

La péritonite tuberculeuse fut, on peut le dire, inconnue jusqu'au premier quart de notre siècle. Les cliniciens alors ne savaient pas distinguer le cancer, la tuberculose et l'inflammation chronique simple du péritoine. Ils réunissaient ces trois ordres de lésions dans une seule et même description.

Ce n'est qu'à partir de 1825 que l'on commence à observer plus attentivement, à regarder de plus près et à distinguer ces trois maladies les unes des autres.

C'est Andral qui le premier reconnaît la nature tuberculeuse de la plupart des cas, Louis en décrit avec une très grande exactitude l'anatomie pathologique, et Grisolle donne de la péritonite tuberculeuse une étude clinique demeurée justement classique.

Mais il faut attendre les travaux modernes de microbiologie pour connaître la maladie dans sa nature et dans ses manifestations cliniques. Puis les travaux de Fernet et la thèse de son élève Boulland en 1885, assignent à l'affection trois formes principales reposant sur l'évolution même du tubercule : *Péritonite tuberculeuse miliaire aiguë* quand le tubercule reste à l'état de granulation grise, *Péritonite tuberculeuse ulcéreuse* quand le tubercule subit la dégénérescence caséeuse et devient ulcéreux, *Péritonite tuberculeuse fibreuse* quand le tubercule tend vers la guérison par transformation fibreuse.

Enfin, le traitement de cette maladie entre dans une voie nouvelle avec Spencer-Wells qui, en 1862, laparotomise par suite d'une erreur de diagnostic, une femme atteinte de tuberculose péritonéale et la guérit.

Dès lors l'opération est proposée dans un but curatif. Kœnig en 1884 recommande dans un mémoire

ce mode thérapeutique. En 1890 au Congrès de Berlin il réunit 131 cas et insiste sur les heureux résultats de l'intervention.

Truc en 1886 dans sa thèse d'agrégation ; Kummel au 26^e congrès de la Société allemande de chirurgie en 1887 en rapporte 2 observations. Maurange dans sa thèse en 1889 en cite 71 cas, Ceccherelli à la 6^e réunion de la Société italienne de chirurgie de Bologne en 1889 insiste sur les heureux effets de la laparotomie. Au congrès de chirurgie de Paris le 10 octobre 1889 la question est agitée et Demosthène, Demons, Labbé, Routier rapportent plusieurs observations personnelles.

Citons encore les travaux de Pribam, de Vierordt, de Czerny, les revues de Routier et de Brühl, la thèse de Pic, l'article de M. Jalaguier dans le traité de chirurgie, les revues ou communications de Croom (mai 1890), de Wheeler (juin 1890), de Parker Sims (novembre 1880), de Richelot de Lejars 1891, de Schwartz 1892.

Tous ces auteurs citent des cas de guérison de péritonite tuberculeuse après opération et tous sont d'un avis unanime : il faut intervenir.

Mais préconisent-ils l'intervention pour toutes les formes de tuberculose péritonéale ? Sur ce point les avis sont différents ; les uns admettant la laparotomie dans les formes ulcéreuses et aiguës, les autres

l'admettant avec des restrictions, d'autres enfin la repoussant complètement.

Ne nous occupant que de la forme aiguë nous n'examinerons cette discussion que pour elle seule. Nous ne le ferons pas ici mais dans notre dernier chapitre en parlant du traitement de notre affection.

§ II. — Anatomie Pathologique.

Quand dans un cas de péritonite tuberculeuse aiguë on pratique l'autopsie, on est frappé en examinant le péritoine de l'étendue et de la confluence de ses lésions. Ces dernières sont surtout remarquables dans les points qui avoisinent soit une région déjà enflammée, soit un foyer tuberculeux développé dans un organe sous-jacent.

Le péritoine pariétal et viscéral, l'épiploon et quelquefois même la surface de l'intestin sont parsemés de granulations tuberculeuses très superficielles et semblant comme le pensaient Colberg et Rindfleisch siéger sur l'épithélium.

En les examinant on remarque qu'elles sont saillantes, lenticulaires, blanchâtres, translucides, quelquefois opaques à leur centre, elles résistent sous le

doigt en donnant la sensation de grains de semoule.

Les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu. Quand elles sont nombreuses, elles arrivent à se toucher et forment des îlots plus ou moins étendus, dont les bords sont festonnés et dont la surface est onduleuse.

La séreuse péritonéale peut avoir gardé sa coloration normale, mais le plus souvent elle présente des lésions inflammatoires : elle offre une coloration rouge autour des tubercules confluents. Elle peut quelquefois prendre des teintes violacées, brunâtres.

La surface de la séreuse est un peu poisseuse et recouverte par une couche fibrineuse unie et transparente. Celle-ci se détache assez facilement de la séreuse en entraînant avec elle quelques granulations. Dans d'autres cas l'exsudat fibreux est très abondant et on n'aperçoit pas au premier abord, les granulations tuberculeuses qui sont situées au dehors ; il faut pour cela détacher l'exsudat et laver la surface de la séreuse. Il n'y a pas d'exsudations pseudo-membraneuses, ou s'il en existe elles sont peu abondantes.

Les ganglions peuvent ne pas renfermer de tubercules et être simplement congestionnés. Même atteints, leurs lésions sont toujours moins avancées que celles de la séreuse.

Il est très rare qu'on ait affaire à une péritonite sèche, et dès qu'on a ouvert le péritoine on voit s'é-

couler un liquide citrin, un peu verdâtre. Il est presque toujours abondant ; on en a trouvé jusqu'à 8 litres. Ce liquide est albumineux et fibrineux. La cavité qui le renfermait n'est pas cloisonnée, elle est unique.

Il renferme des bacilles difficiles à voir à un simple examen microscopique, mais inoculé à un animal réceptif, il reproduit la tuberculose.

MM. Debove et A. Rémond (de Metz) ont montré à la Société médicale des hôpitaux le 3 avril 1891, qu'il contient en outre de la tuberculine.

Cinq centimètres cubes de ce liquide en effet filtrés sur un filtre Pasteur et injectés sous la peau d'un animal ne produisirent pas de tuberculose locale. Injectés sous la peau de la cuisse d'un malade atteint de péritonite tuberculeuse ils provoquèrent une réaction fébrile.

Cette expérience renouvelée sur une malade atteinte de cancer de l'estomac et sur un jeune tuberculeux avec lésions pulmonaires donna les mêmes résultats ; c'est-à-dire rien chez la cancéreuse et réaction fébrile chez le tuberculeux.

Ce qui prouve bien que le liquide de la péritonite tuberculeuse renferme des produits analogues, sinon identiques à ceux que Koch a désignés sous le nom de tuberculine :

Ascite et granulation miliaires s'accompagnant généralement de lésions inflammatoires simples du

voisinage constituent donc les lésions de la péritonite miliaire. Lésions qui ont eu à peine le temps d'évoluer et qui sont encore à leur début alors que la maladie a parcouru toutes ses périodes.

On remarque à peine quelques traces d'un travail d'organisation ou de réparation. C'est là ce qui fait, avec l'étendue des lésions, la gravité de la forme miliaire de la tuberculose du péritoine.

ÉTIOLOGIE.—PATHOGÉNIE

L'étiologie de la péritonite tuberculeuse aiguë ne comporte pas une étude bien spéciale, c'est en somme celle de la tuberculose en général. Aussi serons-nous bref sur ce point.

Comme causes de la tuberculose aiguë du péritoine en première ligne nous trouvons l'hérédité ; puis toutes les circonstances hygiéniques et pathologiques capables d'amener à la longue une débilité constitutionnelle.

Parmi les causes hygiéniques les plus communes, nous voyons les travaux excessifs, l'insuffisance de nourriture, les veillées, la misère, le défaut d'hygiène, l'insuffisance du cubage d'air dans les habitations, l'encombrement qui nous explique la fréquence de la maladie chez les jeunes soldats qui sont aussi, il faut le dire, trop souvent exposés à l'action de toutes les autres conditions.

Parmi les causes pathologiques il faut citer toutes les maladies qui affaiblissent l'organisme : diarrhées

chroniques, fièvres thyphoïdes, syphilis (etc.), les intoxications telles que l'alcoolisme, le saturnisme, l'impaludisme.

Age. — La péritonite tuberculeuse aiguë est de tous les âges, elle est cependant très peu fréquente chez les enfants et cette diminution de fréquence va en augmentant au fur et à mesure que l'on se rapproche de la naissance.

C'est que dans l'enfance la granulation se dissémine volontiers. La phtisie pure est rare chez elle comme la péritonite miliaire aiguë et le plus souvent à l'autopsie on trouve une tuberculose généralisée, une granulie. Quand chez les enfants on a affaire à une tuberculose aiguë localisée au péritoine, cette forme passe d'ordinaire à l'état chronique, et son histoire se confond avec celle de la péritonite chronique dont elle ne constitue qu'un mode de début.

Chez l'adulte au contraire, la tuberculose péritonéale aiguë quoique assez rare est plus fréquente, et c'est ordinairement de 30 à 45 ans qu'on la voit le plus souvent.

Sexe. — L'observe-t-on plus dans un sexe que dans l'autre? nous ne pouvons nous prononcer d'une façon absolue car pour résoudre cette question il nous faudrait, comme pour toutes celles de statistique, un nombre considérable de faits que nous ne possédons pas.

Du reste tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, les uns disant que cette maladie s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, les autres prétendant au contraire que le sexe masculin y est plus exposé que le sexe féminin.

L'opinion des premiers semble bien à première vue être la plus vraisemblable quand on songe aux rapports intimes des organes génitaux de la femme avec la séreuse péritonéale, et à l'influence dépressive que la grossesse ne manque pas d'exercer sur l'organisme. Mais les seconds ont pour eux les médecins militaires qui insistent sur la fréquence de la maladie dans l'armée. En outre les causes prédisposantes sont bien plus grandes dans le sexe masculin que chez la femme.

De plus, l'homme, il ne faut pas l'oublier, a le péritoine plus sensible que la femme comme nous le montre l'appendicite qui chez lui devient rapidement grave en raison de sa grande susceptibilité péritonéale.

Nous dirons donc avec Lebert en tenant compte de tous ces faits que la péritonite tuberculeuse aiguë se rencontre avec une fréquence à peu près égale dans l'un et l'autre sexe.

Ce qui est vrai c'est que certaines classes sont plus exposées les unes que les autres. La classe pauvre se présente en première ligne, puis la classe des militaires. Chez ces derniers on a prétendu que le

ceinturon jouait un grand rôle en irritant le péritoine et en préparant ainsi le terrain aux causes spécifiques déterminantes. Nous pensons pour notre part qu'à cette condition s'en ajoute bien d'autres telles que : surmenage, alimentation vicieuse, chambres trop exigües, mal aérées, froides etc., etc.

Quant à la cause susceptible d'expliquer cette localisation tuberculeuse sur le péritoine elle est difficile à dire. Il est probable que chez certains sujets la séreuse péritonéale est un milieu de culture très favorable au bacille de Koch. Il est certain de plus que toutes les irritations préalables de la séreuse abdominale (traumatismes, péritonite simple) prédisposent à la péritonite tuberculeuse. C'est ainsi que Gérard-Marchant en 1878 signala un cas à la suite de contusion. Cruveilhier parle d'un individu porteur de deux hernies inguinales dont le sac herniaire et la portion déplacée du mésentère étaient seuls couverts de granulations miliaires.

Maintenant comment le bacille arrive-t-il jusqu'au péritoine ?

Si nous voulons bien ne pas nous occuper des cas, et ils sont rares, où les bacilles sont portés directement sur la séreuse péritonéale par un instrument contaminé, un trocart par exemple, nous voyons que trois voies seules sont ouvertes au microbe : la voie digestive, la voie lymphatique, la voie sanguine.

1° Voie digestive.— C'est à Chauveau que revient l'honneur d'avoir le premier, démontré la transmission de la tuberculose par le tube digestif. Ses expériences datent de 1868. Straus, Würtz, Sormani, Koch, démontrèrent ensuite l'impuissance des sucs digestifs, à détruire la virulence du bacille de la tuberculose. Mais on pensait tout d'abord qu'il était indispensable que l'épithélium du tube digestif présentât une excoriation pour que le germe put y passer. Dobroklonski montra que les bacilles pouvaient atteindre la séreuse sans léser la paroi intestinale, ils franchissent l'épithélium de la muqueuse sans effraction, et une fois dans la muqueuse ils cheminent jusqu'au péritoine par la voie des lymphatiques.

2° Voie lymphatique. — C'est cette voie que suivent les bacilles quand ils ont pour origine un foyer tuberculeux siégeant ou dans les organes génitaux en particulier chez la femme ou dans l'articulation coxo-fémorale ou quand la tuberculose péritonéale est consécutive à une tuberculose pleurale.

3° Voie sanguine. — Le sang est alors infecté et charrie les microbes pathogènes. Pour M. Marfan cette voie est la principale et c'est toujours par elle que les bacilles arrivent en dernier à la séreuse. « Quelle que soit la porte d'entrée du virus, que celui-ci ait laissé ou n'ait pas laissé à ce niveau la mar-

« que de sa pénétration sous forme d'un foyer bacil-
« laire, c'est dans les ganglions lymphatiques (mé-
« diastin, mésentère, cou) qu'il s'arrête et qu'il végè-
« te d'abord; mais comme les vaisseaux afférents de
« ces ganglions sont en communication directe avec
« le canal thoracique ou la grande veine lymphati-
« que droite, le système sanguin peut être très fa-
« cilement infecté, et c'est par cette voie que le
« virus, après avoir traversé les capillaires du pou-
« mon, en lésant ou non celui-ci, se répand dans
« l'organisme. Cette diffusion de bacilles n'est pas
« suivie toujours d'une tuberculose généralisée, elle
« peut n'engendrer qu'un foyer local. Et si chez cer-
« tains sujets la séreuse péritonéale est un milieu de
« culture très favorable au bacille on s'explique
« l'éclosion d'une péritonite tuberculeuse.

Nous admettons entièrement la manière de voir de M. Marfan et cela d'autant mieux qu'elle nous explique très bien comment les bacilles peuvent arriver en assez grande quantité jusqu'au péritoine pour déterminer une péritonite tuberculeuse aiguë sans lésions des autres organes.

Nous pensons aussi que si chez certains sujets le bacille se localise dans le péritoine plutôt qu'ailleurs c'est que ce dernier offre un terrain favorable à son développement soit à la suite d'irritations préalables, de traumatisme ou de maladies antérieures. C'est en somme la répétition de l'expérience

de Max Schüller qui, après avoir injecté dans le sang d'un animal des bacilles de Koch, contusionne une articulation et voit la jointure enflammée se tuberculiser. Le même phénomène s'observe quand c'est le péritoine qui constitue le « *locus minoris resistentiæ* » que son affaiblissement reconnaisse pour cause l'intoxication, le traumatisme, l'inflammation etc., etc.

CHAPITRE II

Formes cliniques.

SYMPTOMATOLOGIE. MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

Les formes cliniques de la péritonite tuberculeuse sont nombreuses et s'il nous fallait assigner des divisions très nettes aux diverses manifestations de l'affection, il nous faudrait presque créer un groupe spécial pour chaque cas particulier.

Cependant pour la commodité de la description nous pensons qu'il est utile d'assigner à la tuberculose miliaire aiguë du péritoine deux grandes divisions suivant qu'elle se manifeste dans sa forme commune ou dans ses formes anormales.

1° *Forme commune.* — C'est celle qu'on trouve décrite dans tous les traités de pathologie interne, elle débute subitement au milieu de la santé la plus parfaite. C'est quelquefois un frisson initial qui

ouvre la scène. La face est vultueuse, la peau très chaude, il y a une céphalalgie intense, épistaxis, prostration, agitation, délire, principalement nocturne alternant avec la stupeur, oppression, respiration fréquente, soif vive, ventre tendu, ballonné, douloureux, diarrhée ou constipation. L'ascité fréquente, se montre, le plus souvent, considérable. Par son abondance seule, elle peut déterminer des compressions veineuses qui produisent à leur tour l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. La température se tient entre 38° et 39°, le pouls atteint jusqu'à 150 pulsations à la minute et est très petit. Assez souvent la plèvre se prend, et l'on observe avec les phénomènes qui viennent d'être exposés les symptômes d'un épanchement pleural ordinairement double.

Des taches rosées lenticulaires et des sudamina complètent la ressemblance entre la tuberculose péritonéale aiguë et la fièvre typhoïde surtout quand l'ascite est très peu abondante.

Le malade peut succomber à cette période sans que le diagnostic véritable ait été porté et l'autopsie seule vient démontrer l'erreur que l'on a commise. Ces symptômes si aigus peuvent cependant s'amender et le malade semble entrer en convalescence, mais quelque temps après, la tuberculisation du péritoine devient évidente, et on croit à une tuberculose succédant à une fièvre typhoïde, tandis

que l'on a assisté à l'évolution continue d'une tuberculisation.

Tels sont, d'une façon générale, les symptômes de la péritonite tuberculeuse aiguë dans sa forme commune.

Il nous reste maintenant à étudier successivement les phénomènes principaux.

1° Fièvre. — Elle ne manque jamais quelquefois très intense, quelquefois modérée, ordinairement comme nous l'avons vu, la température oscille entre 38° et 39°.

2° Ascite — L'ascite peut quelquefois manquer mais le plus souvent elle existe et dans beaucoup de cas on la trouve en grande quantité. On a trouvé jusqu'à 8 litres de liquide chez le même sujet. Ce liquide est citrin, verdâtre, parfois sanguin, rarement séro-purulent. Il est très rare cependant qu'il en existe une quantité assez considérable pour menacer directement la vie du malade et nécessiter d'urgence la ponction.

L'œdème des membres inférieurs quand on l'observe reconnaît pour cause une gêne de la circulation de la veine cave inférieure. Cette gêne peut être due à la compression du vaisseau par l'ascite elle-même ; mais le plus souvent elle est due à un amas de tubercules.

3° Vomissements. — Les vomissements sont assez fréquents, il est rare qu'ils manquent. Ils restent peu de temps alimentaires et deviennent bilieux. C'est surtout la nuit qu'ils apparaissent.

4° Douleur. — La douleur est très vive. L'éternuement, la toux, toutes les secousses en un mot réveillent ces douleurs profondes que l'on retrouve par la palpation ou la pression. Cette douleur siège le plus souvent dans la région ombilicale puis dans les hypochondres.

Fièvre, ascite, vomissements, douleur voilà donc les symptômes principaux de la péritonite tuberculeuse aiguë. Nous allons voir bientôt comment chacun d'eux ou plusieurs réunissoit en augmentant soit en diminuant d'intensité vont pouvoir modifier la physionomie de notre affection, et donner lieu avec les deux autres facteurs constipation ou diarrhée à ces formes que nous avons appelées anormales et dont le diagnostic comme nous le verrons tout à l'heure est si difficile.

2° Formes anormales. — Elles simulent les maladies les plus variées : appendicite, occlusion intestinale, péritonite aiguë simple, etc. C'est du moins ce que prouvent les observations que nous possédons et que nous publions à la fin de ce travail. Mais on conçoit bien que ce ne sont pas là les seules formes

que puisse revêtir la tuberculose péritonéale aiguë dans ses nombreuses manifestations cliniques.

Pour notre part nous sommes persuadé qu'elle peut en outre faire croire bien des fois à d'autres affections telles que : coliques néphrétiques, salpingites, entérite aiguës, voire même coliques hépatiques (etc.).

Mais ne possédant pas d'observations de ces formes, nous n'insisterons pas davantage et nous nous contenterons d'examiner ici et d'étudier seulement les différents cas que nous possédons.

I. — *Péritonite tuberculeuse aiguë à forme de péritonite aiguë simple.* — Observat. II. — Dans ces cas rien ne fait penser à une tuberculose aiguë du péritoine. Dans l'histoire du malade on ne retrouve ni antécédents personnels ni antécédents héréditaires tuberculeux. Rien d'anormal n'est relevé du côté de l'appareil pulmonaire.

La maladie débute brusquement sans prodromes par une douleur abdominale très marquée qu'augmente le plus petit mouvement. La moindre exploration médicale jette le malade dans une angoisse inexprimable. La peau est sèche et chaude. Les yeux enfouis sous les orbites bordés de noir paraissent pleins d'angoisse. Les sillons du visage, plus accentués accusent des angles qui existaient à peine à l'état de santé.

Le nez est pâle, pincé, pulvérulent, les lèvres violacées, les joues amaigries, les pommettes saillantes. Tout le faciès péritonéal en un mot.

Le ventre se ballonne très rapidement et d'une manière uniforme. La percussion donne un son tympanique à moins qu'il n'y ait de l'épanchement ; dans ce cas les parties déclives restent mates. La fièvre est intense et peut atteindre jusqu'à 40°,5.

Les vomissements ne tardent pas à se manifester De plus en plus fréquents, d'abord verdâtres, ils deviennent rapidement porracés.

On peut observer de la constipation ou une diarrhée abondante avec relâchement des sphincters.

Le pouls reste petit, filiforme, et le malade succombe du huitième au quinzième jour.

A l'autopsie on est tout étonné de trouver le péritoine pariétal et le péritoine viscéral recouverts d'un semis de granulations tuberculeuses, car rien n'avait fait penser à cette affection.

II. — *Péritonite tuberculeuse aiguë à forme d'occlusion intestinale.* — Observat. VI — Cette forme peut débiter brusquement ou être précédée durant quelques jours, de prodromes consistant en troubles digestifs vagues, en coliques sourdes. Une douleur vive éclate d'abord, puis des nausées ne tardent pas à l'accompagner ainsi que quelques rares vomissements qui sont surtout bilieux. La constipation

est opiniâtre, mais on peut noter la présence de quelques gaz rendus par l'anus. L'état général est grave et aboutit à une dépression rapide.

Si nous reprenons un à un ces symptômes pour mieux les étudier, nous voyons que la douleur ouvre la scène, peut-être un peu moins intense que dans l'occlusion intestinale vraie; elle s'exagère à la pression et au moindre mouvement.

La constipation devient le symptôme capital qui apparaît dès le début de la maladie et persiste jusqu'à la fin. Elle est opiniâtre et dans notre observation nous voyons que deux lavements électriques n'ont pu réussir à la vaincre.

Les vomissements sont un peu plus tardifs, souvent précédés de nausées et de régurgitations; ils sont d'abord bilieux et ce n'est qu'à la fin qu'ils prennent cette couleur brunâtre et dont l'aspect et l'odeur ne laissent aucun doute sur leur nature fécaloïde.

Le facies et l'état du malade témoignent d'une dépression considérable, le visage exprime la douleur, l'anxiété, les yeux sont excavés. Le pouls est petit, fréquent; l'auscultation du cœur révèle des battements faibles.

La palpation est plus ou moins douloureuse. Le ventre gros et distendu.

Tout ce qu'il faut enfin pour faire porter le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë.

Quelle serait la terminaison de la maladie abandonnée à elle-même ; nous ne le savons, car nous ne possédons qu'un seul cas dans lequel l'intervention a contrarié la marche ; mais il est probable, à en juger par l'aspect général du malade, que ce dernier n'aurait pas tardé à succomber.

III. — *Péritonite tuberculeuse aiguë à forme d'appendicite. Observations IV et V.* — Là encore le début est brusque. Les douleurs et les vomissements ouvrent la scène. La palpation de la fosse iliaque droite est difficile à cause de la douleur qu'elle réveille, et si cette dernière a son maximum d'intensité au milieu de la ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, on a ainsi exactement le point de Mac Burnay. Néanmoins en palpant bien et le plus doucement possible on arrive à déceler une masse profonde plus ou moins régulière (obs. IV) ou si non un peu de matité (obs. V).

Parmi les autres symptômes il faut citer la constipation qui est opiniâtre, les nausées, les vomissements qui, de bilieux, ne tardent pas à devenir porracés. La langue est sale et sèche, la fièvre est élevée 38°,5 à 39°. Le pouls petit, filiforme, à peine comptable, le visage très altéré.

Ne pensant pas à la tuberculose aiguë du péritoine on pose le diagnostic d'appendicite, on opère et la laparotomie seule montre qu'on s'était trompé.

Telle est la marche de la péritonite tuberculeuse aiguë du moins dans les quelques observations que nous avons pu réunir ou observer. Il nous faut maintenant en étudier la terminaison.

Et d'abord cette variété de tuberculose péritonéale peut-elle guérir ? Quelquefois disent les auteurs, mais combien exceptionnellement nous montrent les statistiques !

Dans ce cas on voit la diarrhée succéder à la constipation et déterminer des évacuations abondantes suivies de diminution de l'ascite ; la fièvre disparaît ; l'état général s'améliore. Le tubercule subit la transformation scléreuse. Après quelques exacerbations, qui correspondent souvent à une poussée nouvelle, le malade finit par retrouver son équilibre.

Mais le plus souvent il demeure sensible du ventre. Si la plupart des tubercules disparaissent par processus scléreux, un certain nombre continue à évoluer et à marcher vers la caséification et l'ulcération ; la péritonite tuberculeuse passe à l'état chronique.

Enfin, le plus souvent, la mort termine la scène pathologique. Elle survient de la sixième à la septième semaine, du fait de la cachexie. Elle peut être aussi déterminée par une paralysie complète de l'intestin, ou bien encore par une phlegmasie pulmonaire sans que pourtant il y ait de tubercules dans le poumon.

PRONOSTIC

Toutes les péritonites tuberculeuses aiguës doivent-elles se terminer par la mort ? nous ne le pensons pas. Nous avons déjà dit qu'elles pouvaient exceptionnellement guérir et cela en somme ne doit pas nous étonner. Est-ce que nous ne savons pas depuis longtemps que le tubercule peut guérir spontanément ? Rien n'est plus habituel que de trouver à l'autopsie des vieillards des vestiges d'une tuberculose pulmonaire. En un mot ne savons-nous pas que le tubercule n'évolue chez l'homme que quand le terrain est prédisposé pour recevoir le germe ?

La clinique de plus ne nous enseigne-t-elle pas que la péritonite tuberculeuse aiguë comme nous l'envisageons est un accident initial de la tuberculose ? et il ne faut pas oublier que dans certains cas, la péritonite a une tendance naturelle vers la guérison spontanée. Nous sommes donc en droit de supposer que le bacille de Koch ne trouve pas toujours dans

la cavité péritonéale de l'homme un milieu favorable à exalter sa virulence.

On doit donc tenir compte de l'état général et de la résistance du sujet. Mais malgré tout, et dans les meilleures conditions, il faut faire les plus grandes réserves et se rappeler que si dans certains cas on a pu observer la guérison; c'est là un fait exceptionnel et que malheureusement le plus souvent la tuberculose péritonéale aiguë constitue pour le malade un arrêt de mort et à brève échéance.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic des affections abdominales avec
« ses causes d'erreurs toujours nouvelles, est resté
« malgré les efforts de tous les temps une des plus
« grandes difficultés de la clinique (Tapret) ».

Il semble que c'est surtout à la péritonite tuberculeuse aiguë que ces paroles peuvent s'appliquer. Que de difficultés, en effet, pour diagnostiquer ces formes que nous avons appelées anormales ! et même dans les cas simples, quand la péritonite miliaire se présente à nous dans sa forme classique il serait absolument faux de croire que dès le début le diagnostic ne fasse pas l'objet de la moindre hésitation.

C'est que, comme nous l'avons déjà dit, la tuberculose aiguë du péritoine ressemble beaucoup dans les premiers temps à la fièvre typhoïde. On peut observer comme symptômes communs une fièvre continue intense, avec exacerbation le soir, de la céphalalgie, de la stupeur, de la diarrhée, de la douleur

abdominale et même des taches rosées lenticulaires.

Mais dans la tuberculose aiguë péritonéale, le début est généralement moins brusque; l'ascension thermométrique du soir, quoique bien marquée est beaucoup moins évidente; les facultés intellectuelles sont d'ordinaire mieux conservées; la diarrhée est moins constante et souvent suivie immédiatement de constipation; la douleur abdominale est plus vive souvent et moins bien localisée à l'hypocondre droit, la langue est aussi moins fuligineuse et moins tremblotante; les taches rosées lenticulaires, enfin, sont excessivement rares. De plus aujourd'hui grâce au procédé de Widal ce diagnostic devient d'une extrême simplicité. Hésite-t-on un instant entre dothiènementterrie et péritonite tuberculeuse aiguë? on retire quelques gouttes de sang de la pulpe d'un doigt du malade, on en extrait une goutte de sérum qu'on mélange dans un tube à expérience avec dix gouttes d'un bouillon de culture de bacille d'Eberth. Si sous le microscope une préparation de ce mélange montre une agglutination des microbes, on a affaire à une fièvre typhoïde, si les bacilles ne se réunissent pas en amas c'est d'une tuberculose péritonéale aiguë qu'il s'agit.

Le cancer miliaire aigu du péritoine, surtout quand il ne présente pas de tumeurs perceptibles donne

lieu aussi à des symptômes qui ont l'analogie la plus frappante avec la péritonite tuberculeuse aiguë.

Mais ce dernier est bien plus rare. Siredey et Danlos attachent une grande importance à l'âge des malades. Cette considération ne doit pas pourtant nous inspirer une sécurité absolue, car la péritonite tuberculeuse aiguë a pu exceptionnellement s'observer chez le vieillard et réciproquement le cancer du péritoine a été plusieurs fois observé chez de jeunes sujets.

Pour nous c'est surtout par l'état des douleurs lancinantes, térébrantes et incessantes qu'il est possible d'établir le diagnostic de cancer miliaire aigu disséminé du péritoine.

Est-il possible de diagnostiquer la tuberculose péritonéale dans ses formes anormales? A en juger par nos observations nous ne le pensons pas.

Nous ne voyons en effet aucun élément qui puisse nous mettre sur la voie de la véritable affection. Dans les antécédents nous ne trouvons rien. La petite malade de notre observation II présente seule dans ses antécédents héréditaires une tante atteinte de péritonite tuberculeuse. On avouera que c'est peu surtout si l'on songe que rien, chez cette enfant ne faisait penser à la tuberculose.

Chez nos autres malades nous ne notons pas non plus d'antécédents héréditaires ni d'antécédents pathologiques antérieurs. Notre commis des

postes de l'observation VI et notre brigadier de cuirassiers de l'observation III sont tous deux de hommes vigoureux, forts et bien constitués.

Les symptômes par lesquels se révèle la maladie sont plutôt ceux des affections diagnostiquées que ceux de la péritonite miliaire aiguë.

Dans une seule observation (obs. VI) on a pu hésiter pendant deux jours et encore l'hypothèse d'occlusion intestinale était-elle la plus vraisemblable; et dans la nuit du lendemain au surlendemain des vomissements fécaloïdes venaient imposer le diagnostic d'Iléus.

Nous nous croyons donc autorisé à pouvoir dire qu'il existe certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë où le diagnostic est impossible avec nos moyens ordinaires. La laparotomie explorative seule permet de le faire. C'est aussi comme nous allons le voir bientôt le meilleur mode de traitement.

CHAPITRE III

Traitement.

Historique. — Pendant longtemps le traitement de la péritonite tuberculeuse aiguë fut purement médical.

On prescrivait alors des applications de vessie de glace sur le ventre, des préparations calmantes (belladone-opium etc. etc.). On ne faisait en somme qu'un traitement symptomatique.

Ce n'est bien qu'après l'opération de Spencer Wells que la thérapeutique de cette affection commença à se modifier et que certains auteurs se demandèrent si cette forme elle aussi n'était pas justiciable de la laparotomie.

A l'heure actuelle la question est encore agitée et les avis sont partagés.

Beaucoup pensent qu'il faut s'abstenir : Truc, Pribram, Routier sont de ce nombre. Pic qui ne

connaît aucune opération suivie de succès préfère l'abstention. Heydenreich lui, dit que la forme milliaire aiguë est au dessus des ressources de l'art.

D'autres avec Koenig pensent que cette forme est dans certaines circonstances justiciable de la laparotomie.

Pour M. Jalaguier l'opération est légitime quand l'épanchement ascitique apparaît et cela alors même que les phénomènes fébriles conservent leur acuité initiale.

Certains médecins, enfin, de leur côté, préconisent différents modes de traitement qu'il convient maintenant d'exposer.

Truc conseille de ponctionner les malades et d'injecter de l'éther iodoformé dans la séreuse vidée de ses liquides pathologiques.

Maurange préfère les injections de vaseline liquide en disant que c'est un excellent modificateur des lésions tuberculeuses.

Rendu après avoir retiré de la séreuse malade les $\frac{4}{5}$ du liquide qu'elle contient injecte 8 à 10 grammes de naphthol camphré qu'il laisse dans la cavité abdominale.

Whittier pratique une petite incision médiane sur l'abdomen, y place un gros drain à frottement, adapte à ce drain un long tube de caoutchouc dont l'extrémité plonge dans un récipient à moitié rempli d'acide phénique ; c'est en somme le siphon de Bu-

lau que certains médecins emploient dans les pleurésies purulentes.

Mosetig Moorhof pratique des injections d'air chaud.

Nous n'en dirons pas plus long sur ces différents modes de traitement qui ne sont en somme que des modifications de la méthode que Debove (1) appliqua le premier et qui est encore la plus rationnelle et la plus inoffensive. Elle a en outre le mérite de ne pas empêcher une intervention plus radicale.

Elle consiste à ponctionner l'abdomen et à laver la cavité péritonéale avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie et stérilisée.

Le manuel opératoire est très simple : Un ballon destiné à recevoir le liquide qui servira au lavage est fermé par un bouchon muni de deux tubulures. Par l'une le ballon est mis en communication avec une poire en caoutchouc au moyen de laquelle on exerce une certaine pression à la surface du liquide, à l'autre est fixé un tube en caoutchouc qui s'adapte au trocart. Tout l'appareil avant de fonctionner doit être stérilisé à l'autoclave à 120°.

Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ces différentes méthodes et nous appuyant sur nos

1. Nous avons vu, salle Monneret, dans le service de M. le professeur Debove, un malade ayant présenté quelques accidents aigus dans un état général très satisfaisant un mois et demi après avoir subi le traitement.

observations nous dirons pourquoi nous conseillons l'intervention, pourquoi nous en faisons le meilleur mode de traitement de la tuberculose miliaire du péritoine.

DE L'INTERVENTION DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE

Nous avons dit que la meilleure façon de traiter la péritonite tuberculeuse aiguë était de pratiquer la laparotomie. Nous devons maintenant expliquer pourquoi nous soutenons cette opinion. La meilleure manière de le faire sera, croyons-nous, de commenter nos observations.

Ce qui ressort en effet des cas que nous publions à la fin de ce travail c'est que non seulement l'intervention pendant les accidents aigus n'est pas nuisible aux malades comme le soutiennent quelques auteurs : Pic notamment, mais que au contraire, elle atténue, et souvent fait cesser cet état aigu.

Que nous dit Pic? qu'il ne faut pas opérer tant qu'il y a de la fièvre. D'après lui la laparotomie pratiquée pendant la période fébrile, court le risque de donner un coup de fouet à la tuberculose et de provoquer la généralisation, si non immédiatement, du moins dans un délai assez rapproché.

Or n'est-ce pas tout le contraire que nous constatons. Pic cite-t-il des observations pour confirmer son opinion? aucune. Ne voyons-nous pas après chaque intervention la température baisser, les symptômes aigus s'apaiser et l'état général devenir meilleur.

Que nous montre notre observation I? une femme de 36 ans avec un aspect typhique à la troisième semaine. La température atteint $39^{\circ} 4$; on opère et elle baisse, elle redevient normale pendant les quinze premiers jours. Mais dira-t-on cet état n'a été que passager et cette femme a succombé un mois après l'intervention à une tuberculose généralisée et Pic a raison quand il dit que la laparotomie dans les formes aiguës prédispose à la granulie.

Il en est de même pour l'observation II où l'enfant se trouve mieux après l'opération mais meurt trois jours après dans le collapsus.

A cela nous répondrons qu'il est très fréquent de voir la tuberculose débiter par le péritoine et se généraliser ensuite, sans intervention chirurgicale.

Pour l'observation II nous avons déjà dit dans notre étiologie et notre pathogénie que chez l'enfant la granulation tuberculeuse se disséminait avec la plus grande facilité sans la moindre opération.

De plus nos trois autres observations IV, V, VI, ne suffisent-elles pas à réfuter toutes ces objections.

Dans l'observation IV nous avons affaire à une

malade qui paraît en pleine péritonite le pouls est à 120°, petit, la température à 38°5, on pratique la laparotomie et le lendemain la température reste il est vrai à 38°, mais le pouls devient meilleur, et cette atténuation des accidents se poursuit et s'accroît les jours suivants. Il y a à noter dans le mois qui suit quelques poussées nouvelles qui se traduisent par une ascension thermique et quelques vomissements ; mais tout cela est loin de l'intensité des premiers symptômes. De plus la malade sort de l'hôpital le 4 juin 1896 c'est-à-dire près de deux mois et demi après son opération sans avoir présenté de symptômes de granulie.

L'observation V est aussi fertile en enseignements. Il s'agit d'une enfant de 13 ans 1/2 avec 37°7 de température, vomissements porracés et facies péritonéal.

On intervient et la température s'abaisse progressivement, le surlendemain le thermomètre ne marque plus que 37°2. Un mois après la malade peut se lever, l'état général est bon et l'appétit normal. Dans l'intervalle deux petites crises seulement se sont manifestées, calmées très vite par des applications de glace sur le ventre. Cette enfant revue il y a quelques jours (25 avril 1898) présente un état général excellent et est très gaie.

Le malade qui fait l'objet de notre observation VI après avoir présenté tous les symptômes de l'occlusion intestinale aiguë y compris la constipation

opiniâtre allait quelques heures après l'opération spontanément à la selle, les vomissements disparaissaient et l'état général s'améliorait très vite. Un mois 1/2 après il sortait de l'hôpital et revu depuis sa santé général paraît en voie d'amélioration ; l'appétit étant excellent et les fonctions intestinales régulières.

Pouvons-nous dire maintenant que l'intervention chirurgicale a guéri ces malades ? Assurément non. C'est à l'avenir qu'il appartient de montrer si la laparotomie a pu chez eux opérer la guérison. Mais ce qui est certain c'est que l'amélioration de l'état général est manifeste.

Combien existe-il de péritonites tuberculeuses aiguës abandonnées à elles-mêmes ou soignées médicalement qui aient donné les mêmes résultats ? Les statistiques ne le disent pas ; elles s'accordent toutes au contraire pour montrer la fatalité de l'évolution et la gravité du pronostic.

Tous ces faits nous forcent à conclure que la laparotomie dans cette affection est l'opération de choix. Aussi inoffensive que la méthode de Debove quand elle est pratiquée suivant les règles de l'antisepsie, elle l'emporte sur cette dernière en ce qu'elle s'applique à tous les cas aux formes sèches comme aux formes ascitiques. Elle permet de plus dans les cas difficiles, dans ceux que nous avons appelés anormaux, d'établir et de poser le diagnostic véritable.

Elle a le mérite enfin, d'être, dans la plupart des cas, une intervention, infiniment simple, ne demandant ni un arsenal opératoire considérable, ni une grande habitude de la chirurgie.

Aussi nous pensons qu'il est du devoir, nous ne dirons pas seulement du chirurgien, mais de tout médecin, de ne pas laisser succomber ces malades, sans essayer de les rattacher à l'existence par une intervention qui attaque directement les lésions elles-mêmes, produit une amélioration considérable en supprimant l'hyperthermie, les phénomènes douloureux et en arrêtant les vomissements, et qui par cela seul permet à l'organisme de réparer ses forces et de soutenir avec plus d'avantage la lutte contre l'invasion bacillaire.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE.

Dans ce chapitre, nous ne nous arrêterons pas à décrire la façon de faire la toilette du péritoine pas plus que les solutions qu'il faut employer car toutes les discussions sur le plus ou moins de mérite de tel ou tel antiseptique dans les laparatomies n'ont plus qu'un léger intérêt historique. Quel que soit le *modus faciendi*, pourvu que la laparatomie soit faite aseptiquement, le résultat est le même.

Cependant nous pensons que pour répondre de son asepsie il faut, dans le milieu hospitalier du moins, être toujours, jusqu'à un certain point antiseptique.

Rien ne prouve, en effet, que le danger de septicémie soit moindre avec un péritoine malade qu'avec un péritoine sain.

Orth (1) va même jusqu'à prétendre qu'il serait plus considérable.

D'après cet auteur, on peut injecter, sans rien déterminer, dans la cavité péritonéale de chats, chiens, cobayes, jusqu'à 10 centimètres cubes d'une dilution d'une culture de *staphylococcus pyogenes aureus* ou de *streptococcus pyogenes*, tandis que chez des animaux ascitiques, il suffit de l'introduction d'un centimètre cube d'une dilution de staphylocoques pour produire la mort en trois ou quatre jours.

Doit-on accepter cette théorie? c'est ce que nous ne pouvons dire. En tout cas nous pensons que pour entrer dans la science elle demanderait à être confirmée.

Elle va, en effet, à l'encontre de ce que les cliniciens avaient remarqué avant l'antisepsie; on considèrerait alors comme un fait acquis qu'un péritoine déjà enflammé était moins susceptible de s'infecter qu'un péritoine sain.

Quoiqu'il en soit les plus grandes précautions sont de rigueur.

En conséquence l'antisepsie sera employée pour la désinfection des mains et des avant-bras de l'opérateur et de ses aides; pour celle de la paroi abdominale du malade.

1. Orth. *Centralblatt für chir.* 30 nov. 1889, p. 849. *Anal.* in *Ann. Gynecol.*, juin 1890.

L'opéré doit être désinfecté plusieurs jours avant l'opération si possible ; des bains savonneux, un pansement boriqué humide en permanence sur son abdomen assureront cette antisepsie locale.

Le jour de l'opération le rectum sera vidé à l'aide d'un lavement. S'il s'agit d'une femme on lui fera prendre pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération des injections d'eau boriquée tiède.

Le matin même de l'opération une injection de sublimé à 1 p. 2000 sera administrée.

Dans l'un et l'autre sexe, le pubis sera rasé, la paroi abdominale lavée à l'eau chaude et au savon puis au sublimé à 1 p. 1000, puis à l'éther et au sublimé.

Ce n'est qu'au moment même de l'opération que le cathétérisme de la vessie doit être pratiqué et les régions génitales externes surtout chez les femmes désinfectées.

L'incision doit se faire au bistouri couche par couche, dans la fosse iliaque droite si la péritonite tuberculeuse est à forme appendiculaire, dans la zone de distension maxima de l'abdomen si l'on a affaire à une forme d'occlusion intestinale, sur la ligne médiane si l'on croit à une péritonite aiguë non tuberculeuse ou si la tuberculose péritonéale est diagnostiquée.

Dans ce cas on commence l'incision à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et on termine à deux travers de doigt de la symphise pubienne.

Les couches qu'on rencontre successivement sont les suivantes :

1° La peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins chargé de graisse ; 3° l'entrecroisement des fibres aponévrotiques qui constitue la ligne blanche ; 4° les différentes lames du fascia transversalis dont la superficielle adhère intimement à la ligne blanche, tandis que la profonde est lâchement unie au péritoine. La quantité de graisse contenue dans cette couche prépéritonéale est très variable et quelquefois épaisse de un ou plusieurs centimètres ; 5° enfin le péritoine. Arrivé sur celui-ci on le saisit avec une pince à disséquer et on le ponctionne avec le bistouri, on agrandit l'ouverture de façon à ce qu'elle soit assez large pour y introduire un doigt et on incise alors le péritoine avec des ciseaux en se servant de la face palmaire du doigt introduit pour diriger l'instrument.

Si la cavité péritonéale renferme du liquide ce dernier s'écoule aussitôt et il ne reste plus qu'à faire la toilette du péritoine avec des tampons stérilisés.

La quantité d'ascite est elle grande il faut introduire dans la cavité péritonéale un ou plusieurs drains qu'on laissera en place pendant plusieurs jours.

S'il n'y a que peu de liquide on peut se contenter de drainer à la Mikulicz, si l'on a affaire enfin à une

péritonite miliaire sèche on se contente de refermer l'abdomen purement et simplement.

Est-il utile de laver après la laparotomie la grande séreuse abdominale avec des liquides antiseptiques ou avec de l'eau bouillie et stérilisée ; les uns recommandent ces lavages et y attachent une grande importance, les autres les regardent comme inutiles. Pour notre part nous ne pensons pas qu'ils puissent être indispensables, et nos observations IV et VI, dans lesquelles aucun lavage ne fut pratiqué nous donnent malgré cela d'excellents résultats.

Enfin on pratique la suture du péritoine, puis des plans profonds au catgut et on termine en faisant la suture superficielle aux crins de Florence.

Soins post-opératoires. — Aussitôt après l'opération l'opéré bien pansé est reporté dans son lit qu'on a eu soin de réchauffer. C'est alors le moment de faire des injections de sérum artificiel jusqu'à concurrence de 250 à 500 grammes dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si le malade était très faible il faudrait pratiquer une injection de 1.000 à 1.500 grammes dans les veines du bras.

Quand dans la suite la fièvre est tombée, les symptômes aigus disparus il faut alimenter le plus possible le sujet, et c'est alors que le traitement médical devra être institué et pourra rendre de réels services en prescrivant une médication tonique et reconstituante pour soutenir la nutrition, en combattant la

fièvre si elle se manifestait de temps à autre, en instituant une bonne hygiène etc. (1).

1. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'insister sur ces différents points qui relèvent en réalité de la thérapeutique générale de la tuberculose.

RÉSULTATS

Nous n'avons pas la prétention, avec nos six opérés, d'établir une statistique qui ait une grande valeur. Nous voulons simplement, dans le tableau suivant, résumer nos observations le plus succinctement possible et montrer les bons résultats obtenus par l'intervention chez nos malades.

Nous disons bons résultats sans avoir de réels succès, mais en présence de ces malades qui courent à une mort rapide et pour lesquels la thérapeutique seule est d'une impuissance presque absolue, le peu qu'on obtient par la laparotomie doit être très encourageant.

Il ne faut pas oublier en outre que sur six opérés deux au moins (1) sont encore vivants et que leur

1. La femme de l'observation IV n'a pu être retrouvée.

état général très amélioré lui se espérer la guérison.

Nous ne doutons pas de plus qu'à mesure que les interventions deviendront plus fréquentes les résultats deviendront meilleurs et que dans l'avenir on ait à enregistrer de véritables guérisons.

TABLEAU
DES
INTERVENTIONS

TABLEAU DE

N ^{os}	Années.	Âges des malades.	Diagnostic porté avant l'opération.
1	?	36 ans.	Péritonite tuberculeuse aiguë.
2	7 avril 1891.	11 ans.	Péritonite aiguë.
3	12 mars 1893.	22 ans ?	?
4	27 mars 1896.	40 ans.	Appendicite compliquée de péritonite généralisée.
5	1 ^{er} déc. 1897.	13 ans 1/2.	Appendicite.
6	21 janvier 1898.	35 ans.	Occlusion intestinale.

INTERVENTIONS

Manuel opératoire.	Résultats.	Terminaisons.
	Amélioration. Température redevient normale pendant les 15 premiers jours.	Mort un mois après l'opération de tuberculose généralisée.
Incision médiane au niveau de région hypogastrique. Lavage complet de cavité abdominale avec de l'eau filtrée et bouillie suture en étages de paroi abdominale.	Grand soulagement durant 36 heures.	Mort le 3 ^e jour.
Laparotomie. Introduction d'un drain dans la cavité péritonéale et lavage avec 2 litres environ d'eau boriquée bouillie. Ventre refermé par 3 plans de suture.	Amélioration, considérable pendant un mois.	Mort 2 mois après l'intervention à la suite d'une seconde poussée tuberculeuse.
Incision iliaque ordinaire, pas de lavage.	Atténuation des accidents. Quelques poussées nouvelles dans le mois suivant, puis état général bon.	Sortie de l'hôpital le 4 juin 1896, avec un état général très satisfaisant.
Incision dans la fosse iliaque droite. Drainage de la cavité abdominale pendant 20 jours.	Grande amélioration. 2 poussées nouvelles en janvier et février mais sans grande intensité.	Etat général très satisfaisant le 25 avril 1898. Appétit normal, plus de douleurs dans le ventre. La malade est très gaie.
Incision sus-ombilicale, pas de lavage. Sutures de paroi abdominale.	Disparition des accidents aigus dès l'opération.	Sortie le 1 ^{er} mars 1898 de l'hôpital. Revu depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration. Appétit excellent. Fonctions intestinales régulières.

MODE D'ACTION DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE.

L'étude de nos observations nous a montré que la laparotomie produisait dans le cas de péritonite tuberculeuse aiguë de grandes améliorations. Deux faits qui ont une grande valeur permettent d'affirmer que le tubercule à la suite de l'intervention peut même totalement disparaître.

1^o Hirschberg (1) rapporte l'observation d'une malade à qui il avait fait la laparotomie, l'incision permit de constater sur le péritoine l'existence de granulations tuberculeuses très confluentes, on lava le péritoine avec une solution de sublimé, la malade mourut quelque temps après de phtisie pulmonaire. A l'autopsie le péritoine était net, et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations que l'on avait autrefois constatées.

1. Hirschberg. *Verhandlungen der deutsch. Gesell. f. Gynch.*
(1^{er} Congr.)

2. Ahlfeld (1) rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle, dans le cours d'une opération abdominale, on trouva le péritoine couvert de granulations qui sur le moment furent regardées comme cancéreuses. La malade mourut un an après l'intervention, à l'autopsie le péritoine était complètement uni et lisse et il ne restait plus trace de granulations.

Mais comment agit la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse aiguë pour obtenir ce résultat ?

Bien des hypothèses ont été émises pour expliquer le mode d'action. Beaucoup sont ingénieuses, mais elle ne résistent pas à la critique et il n'est pas encore possible de déterminer quel est le mécanisme intime de cette action modificatrice.

Pour Cameron la laparotomie agit en enlevant les ptomaines secrétées par le bacille de Kock dans le liquide ascitique.

Van de Warker (2) suppose que la laparotomie agit en favorisant la régression fibreuse qui se fait ici comme dans les guérisons spontanées.

D'après Wenstein (3), l'évacuation du liquide diminue la pression que ce liquide exerçait et d'autre part, détermine une inflammation plus vive, qui

1. Ahlfeld. *Deust. méd. Wochens*, 1880.

2. Van de Warker. *Laparotomy as a cure for tuberculosis of the peritoneum. Amer. Journal of obstetric*. New-York, 1887, XX, 932-941.

3. Wenstein. *Med. Bloetter*, p. 528.

oblitére les vaisseaux et empêche la reproduction de l'exsudat.

Vierordt admet que la laparotomie agit surtout en combattant l'ascite, qui est l'indication dominante : en supprimant l'ascite, on supprime la gêne circulatoire et respiratoire et on fait cesser l'influence paralysante d'une séreuse enflammée sur les muscles sous-jacents (diaphragme et intestins) ainsi que l'auto-intoxication par rétention du contenu intestinal.

Pour Lauenstein, la sécheresse et la lumière étant nuisibles au bacille, la laparotomie n'agirait que par la soustraction du liquide et par l'exposition du péritoine à la lumière solaire.

Pic croit que l'intervention agit surtout dans les tuberculoses à virulence atténuée et peu résistantes en provoquant un processus réactionnel dans les tissus voisins.

C'est enfin l'avis de Mauclaire qui admet pour le péritoine comme pour le poumon, la plèvre, les os, les articulations et toutes les localisations bacillaires des formes microbiennes plus ou moins virulentes.

Le nombre des théories comme on le voit ne manque pas ; il est difficile cependant de savoir exactement comment agit la laparotomie.

Aussi quelque soit le plus ou moins de vraisemblance de chacune de ces hypothèses, il nous paraît impossible d'en adopter une en particulier ; et nous

dirons avec M. Jalaguier que le processus d'amélioration ou de guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie nous échappe actuellement. Nous concluons de plus en disant : que l'intervention chirurgicale ne guérit pas la péritonite tuberculeuse aiguë, elle en favorise simplement la régression.

Elle met le sujet dans de meilleures conditions physiologiques et lui permet, sinon de sortir victorieux du combat, du moins de soutenir plus longtemps la lutte.

OBSERVATIONS

Observation I

Citée dans la thèse de Aldibert. Fournie par Ross et due au Dr Schaw, d'Orillia (1).

Femme 36 ans, malade depuis trois semaines. Aspect typhique à la troisième semaine (langue rôtie, dents fuligineuses). Température 39,4.

100 pulsations. Opérée, on trouve des granulations miliaires et la température redevient normale les quinze premiers jours. Mais elle est prise ensuite de symptômes de granulé et succombe un mois après l'intervention à une tuberculose généralisée.

1. Il nous a été impossible de nous procurer le texte complet de cette observation.

Observation II

Péritonite tuberculeuse aiguë présentant tous les symptômes d'une péritonite aiguë. Observation 1 de la thèse de Aldibert. Résumée. L'enfant presque *in extremis* avant l'opération est soulagé 36 heures et succombe le 3^e jour dans le collapsus aux progrès de son affection.

La nommée L... Guéguen, 11 ans, entrée le 7 avril 1891, salle Sainte-Berthe, n. 8.

Une de ses tantes a été atteinte de péritonite tuberculeuse.

Le 25 mars dernier douleurs vives dans le ventre, perte de forces, abattement et amaigrissement rapide.

Etat à son entrée le 7 avril. — Facies péritonéal : yeux excavés, traits tirés, nez pincé (etc.), ventre ballonné, tendu, indolent ; léger degré d'ascite.

Inappétence, pas de vomissements. Diarrhée assez abondante. Fièvre intense 39,5 matin. 40° soir. Pas de symptômes pulmonaires.

Traitement. — Onctions avec poïmade résolutive et cataplasmes.

16 avril. — Le matin il s'est produit un vomissement bilieux. Potion de Rivière. Glace.

17 avril. — Vomissements porracés incoercibles. Facies très altéré.

19 avril. — Etat général encore aggravé. Mort paraît peu éloignée. Température 40°.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Laparotomie. Au niveau de la région hypogastrique incision médiane de 6 centimètres. Ecoulement d'un liquide absolument citrin. Le péritoine viscéral ainsi que le pariétal sont criblés de granulations tuberculeuses. Après évacuation complet du liquide lavage complet et prolongé de la cavité péritonéale avec de l'eau filtrée et bouillie, puis avec une solution phéniquée au centième. Suture en étages de la paroi abdominale. Pansement iodoformé.

20 avril. — Nuit calme et bonne ; faciès meilleur que la veille : « Je me trouve bien » dit l'enfant.

21 avril. — Agitation reprend. Douleurs abdominales arrachent plaintes à la malade.

22 avril. — Mort vers la fin de la journée dans le collapsus.

Autopsie. — Ne put être pratiquée.

Observation III

Péritonite tuberculeuse aiguë à forme sèche. Obs. déposée sur le bureau de la Soc. de Chir. de Paris par M. Demmler de Tours le 3 janvier 1894. Résumée. Amélioration considérable pendant un mois après l'opération. Mort 2 mois après.

S... Pierre brigadier au 6^e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital militaire de Tours le 19 février 1893 sous la rubrique :

Embarras gastrique fébrile. — Pas de maladies antérieures. Homme bien constitué mais amaigri. Diarrhée ; fièvre 38° et 39° le soir. Ventre légèrement météorisé et un peu douloureux à la pression, pas de signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

Traitement consiste en reconstituants. Grandes frictions sur le ventre avec pommade mercurielle 6 grammes continuées pendant 2 semaines environ. Antipyrine contre mouvement fébrile. Malgré ce traitement pas d'amélioration, la fièvre et la diarrhée cessent par intervalles pour reprendre dès qu'on suspend les médicaments appropriés. Le malade maigrit et perd l'appétit.

Les coliques augmentant et les vomissements commençant à apparaître, le 12 mars 1893 Laparotomie.

Le péritoine apparaît parsemé d'un semis de granulations tuberculeuses, mais l'ouverture de la cavité péritonéale ne donne pas d'écoulement de liquide.

Introduction d'un drain dans la cavité péritonéale et lavage avec 2 litres environ d'eau boricisée bouillie, avec addition de sublimé (solution au 1/20000). Désinfection de la plaie avec l'acide phénique et ventre refermé par 3 plans de sutures.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Pas de choc opératoire. Disparition dès le jour même, des vomissements, de la diarrhée et de la fièvre. Cette dernière reparait un peu (38°,2) le troisième jour et disparaît sous l'influence d'un purgatif (huile de Ricin 20 gr.) donné le cinquième jour.

Enlèvement des fils profonds le quatrième jour et le huitième, des fils superficiels. Réunion primaire.

Dès le douzième jour, le malade s'alimente; il se trouve bien, n'éprouve plus de coliques, une selle molle par jour. Peu à peu, il reprend de l'embonpoint, se lève tous les jours, se promène dans le jardin et se considère comme guéri.

Malheureusement la plaie, qui était fermée, reste rouge; vers le milieu d'avril il se produit un point fistuleux qui donne issue à quelques petits caillots sanguins et à quelques détritiques organiques. Cette plaie reste fistuleuse, bourgeonnante, saignant facilement.

L'état général reste cependant bon jusque vers la fin du mois d'avril.

A partir de ce moment la fièvre reparaît, l'appétit se perd, la diarrhée devient plus tenace et incoercible, la plaie s'ulcère davantage.

Le malade succombe le 14 mai. A cette époque la grippe sévissait à l'hôpital de Tours. A-t-elle joué un rôle dans l'évolution de cette poussée tuberculeuse?

L'autopsie a démontré que les tubercules avaient envahi toute la cavité péritonéale; le feuillet viscéral et le feuillet pariétal en étaient farcis. Dans un point l'intestin avait été perforé par les granulations.

Observation IV

Péritonite tuberculeuse aiguë présentant les symptômes d'appendicite compliquée de péritonite généralisée.

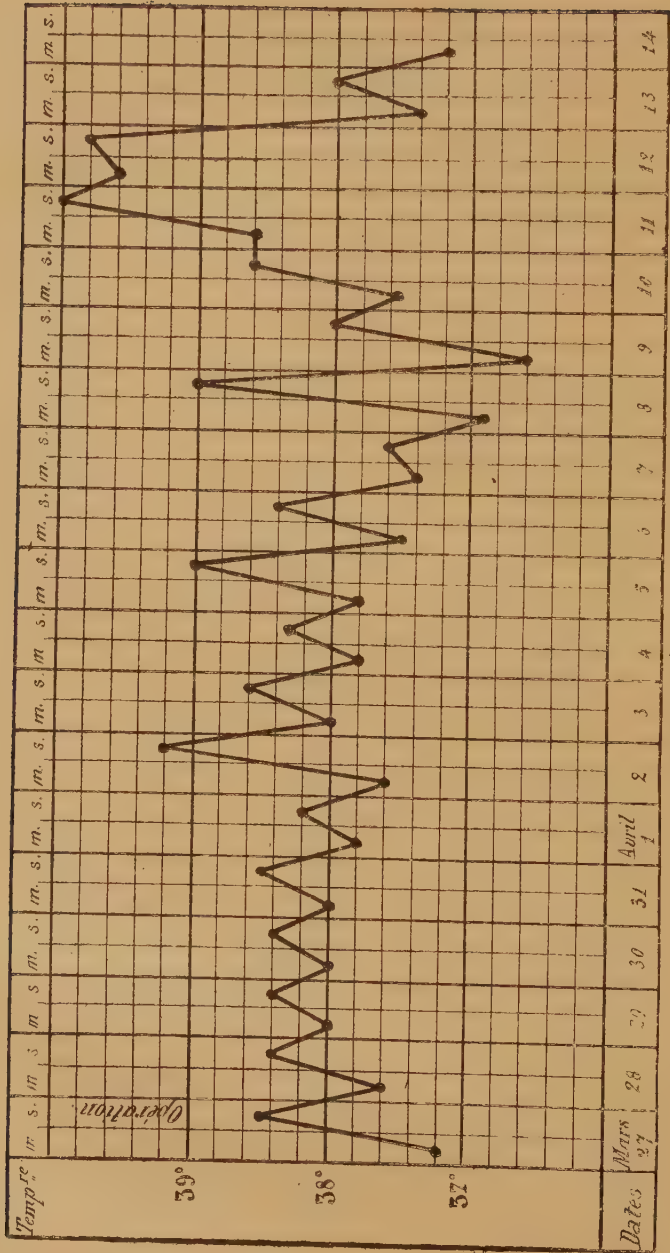
Communiquée par M. le professeur agrégé Lejars chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, journalière qui était entrée en mars 1896 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dalché, pour des accidents péritonéaux graves, qui paraissaient d'origine appendiculaire.

Le 27 mars, notre collègue voulait bien nous la montrer. Très pâle, les traits tirés, elle se présentait alors sous un aspect général des plus inquiétants.

L'affection avait débuté brusquement quatre ou cinq jours avant par des douleurs et des vomissements et il était impossible de retrouver quoique ce soit de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle la racontait. Les vomissements avaient continué : ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porracés, la constipation était opiniâtre sans qu'il y eut d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières dures.

Quand je vis la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la



palpation que cette douleur rendait du reste fort malaisée décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 120, petit, la température de 38°5, le facies très mauvais.

Le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite généralisée nous sembla s'imposer et notre pronostic fut des plus réservés. Toutefois une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard dans l'après-midi.

Sous l'éther la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouvait une tension plus grande et peut-être une vague fluctuation; en somme la sensation était celle que l'on a souvent lors d'appendicite sans foyer circonscrit.

Je fis l'incision iliaque ordinaire; les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal; le péritoine incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et j'arrivai tout de suite sur le cœcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'un semis de granulations miliaires, qui me firent penser immédiatement à la tuberculose. Sur le cœcum amené au dehors, je constatai le même semis granuleux, et l'épiploon attiré à son tour en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale me parut dès lors évident, et je me contentai d'exciser un petit fragment d'épiploon pour l'examen

microscopique. La plaie fut refermée suivant le mode ordinaire.

Je m'attendais à voir succomber la malade et c'était sans grand espoir que je lui fis faire d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pourtant le lendemain, je la retrouvais dans une situation plutôt meilleure, elle n'avait que très peu vomi, la température restait à 38°, le pouls était meilleur.

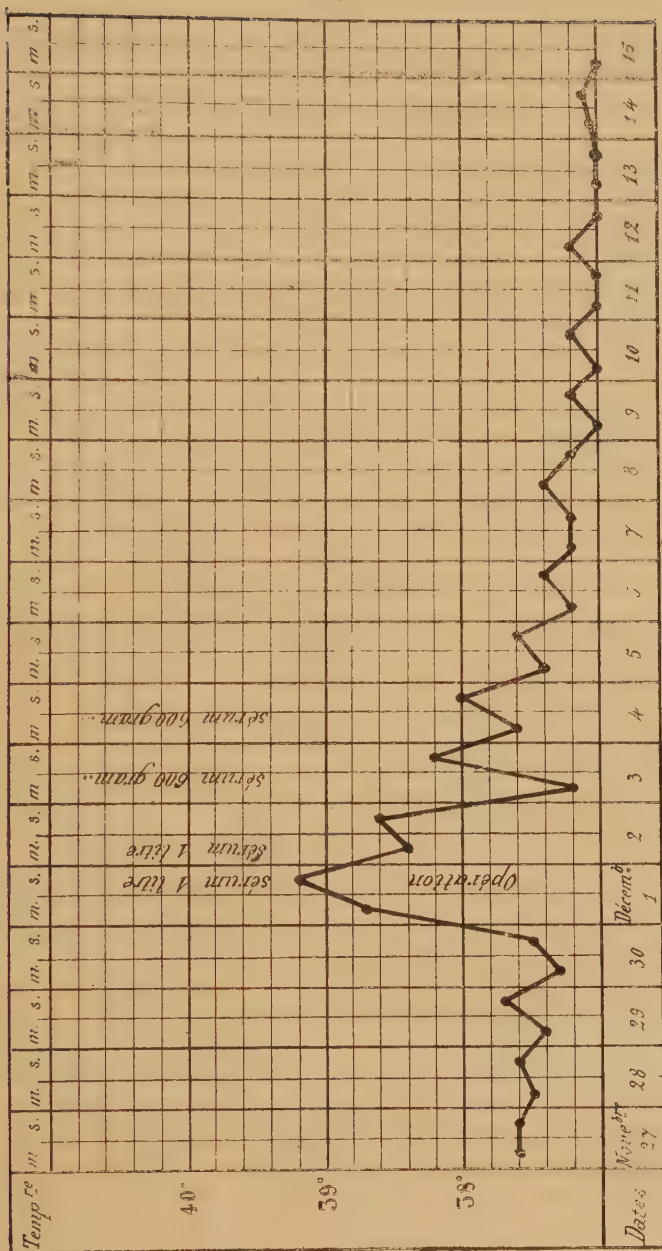
Cette atténuation des accidents se poursuivit et s'accrut les jours suivants, l'appétit reparut, les douleurs disparurent en grande partie, le facies redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis le calme se fit et la malade sortit de l'hôpital le 4 juin 1896 dans un état général très satisfaisant.

Observation V

Péritonite tuberculeuse aiguë présentant tous les symptômes d'une appendicite. Laparotomie. État général bon 4 mois 1/2 après l'opération. Publiée avec l'autorisation de M. Brun chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades.

La nommée D..., Marie, âgée de 13 ans 1/2, entrée le 9 août 1897, salle Parot aux enfants malades.



L'enfant se plaint de douleurs dans le bas-ventre qui apparaissent par crises et disparaissent sans laisser d'endolorissement et sans s'accompagner d'envies d'aller à la selle ni de nausées.

En outre, douleurs de tête, sensation de fatigue prononcée.

Depuis deux mois environ l'enfant ne peut plus courir et doit se reposer assez fréquemment à la moindre fatigue.

Respiration un peu obscure sans souffle ni égophonie.

Rien au cœur ni au foie.

Du 9 août au 30 septembre, la fièvre oscille entre 37°,5 à 38°,5 le soir.

28 septembre. — Diarrhée. Vomissements alimentaires avec 38°,8 de température. Douleurs dans le bas-ventre, celui-ci est souple à la palpation.

1^{er} octobre. — Amélioration de l'état général, la température est et reste normale.

Dans la nuit du 29 au 30 novembre : vomissements verts porracés avec diarrhée, pas de fièvre.

30 novembre. — Les vomissements persistent. Facies péritonéal, yeux excavés, poulx petit. Ventre douloureux ballonné. Point très douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Matité à ce niveau. Le soir à la contrevisite le poulx est petit, filiforme, à peine comptable 160 pulsations. Visage très altéré. Extrémités cyanosées. Rétention d'urine, vessie globuleuse. Température 38°,7.

1^{er} décembre. — C'est dans cet état que la malade est

passée salle Bilgrain où on décide une intervention chirurgicale en pensant à une appendicite.

Incision dans la fosse iliaque droite. Ouverture du péritoine, écoulement d'une petite quantité de liquide clair transparent.

La cavité péritonéale est libre de toute adhérence, mais le péritoine pariétal et le péritoine viscéral apparaissent parsemés d'une grande quantité de granulations tuberculeuses, les plus grosses ayant le volume d'une lentille. Pas de fausses membranes. Sous le doigt introduit dans la cavité péritonéale on peut sentir des granulations dans toutes les directions et aussi loin que le doigt peut atteindre.

L'appendice n'est pas recherché.

Drainage de la cavité. Un drain est dirigé vers le petit bassin, un autre est dirigé obliquement en haut et en dedans. Pansement stérilisé sans suture de la paroi.

Le jour de l'opération, injection de 1 litre de sérum.

Même quantité le lendemain.

600 gr. les 3 et 4 décembre.

La température s'abaisse progressivement, les douleurs abdominales disparaissent, le pouls devient normal. Amélioration sensible de l'état général. Les pansements stérilisés sont renouvelés tous les deux jours.

20 décembre. — Les drains sont enlevés, on continue les pansements à plat.

La cicatrisation est rapide.

La malade peut se lever à dater du 8 janvier. L'état général est bon, l'appétit est redevenu normal. La malade vue le 20 avril est dans un état très satisfaisant. Depuis le 20 décembre elle a eue deux petites crises calmées très vite par l'application de glace sur le ventre. L'enfant est très gaie et l'appétit excellent.

Observation VI

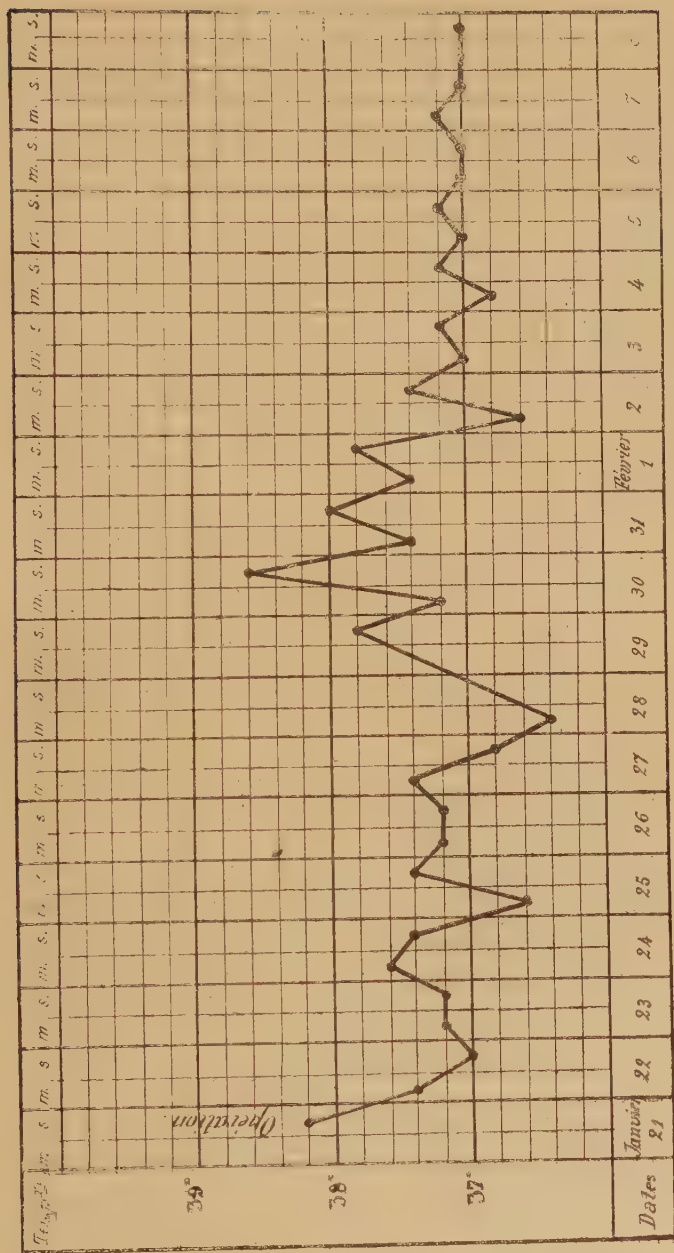
Péritonite tuberculeuse aiguë à forme d'occlusion intestinale.
Communiquée par M. le professeur agrégé Lejars chirurgien des hôpitaux.

Le nommé A..., commis des postes, âgé de 35 ans, entré à l'hôpital Beaujon le 19 janvier 1898 pour douleurs dans l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents tuberculeux, le père vit encore, la mère est morte d'accident.

Antécédents personnels. — Aucune maladie jusqu'en 1892. A cette époque le malade commence à ressentir quelques douleurs dans le ventre avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Mais ces douleurs durent fort peu longtemps et souvent disparaissent quelques minutes après leur apparition.

En 1893, les douleurs se manifestent moins souvent mais durent plus longtemps qu'auparavant. Dans le cou-



rant de l'année le malade est forcé d'abandonner une fois son travail pendant quatre jours et de faire appeler un médecin qui prescrit un purgatif et des applications de cataplasmes laudanisés.

A la suite de ce traitement grand soulagement et disparition des douleurs jusqu'en 1898.

Histoire de la maladie. — Le 15 janvier 1898 douleur ombilicale assez violente forçant le malade à garder le lit et à faire appeler un médecin. Celui-ci ordonne des applications de cataplasmes laudanisés qui ne produisent aucun effet.

Le lendemain, non seulement aucun soulagement n'est à noter mais la douleur est encore plus violente.

Même état les deux autres jours suivants. Le malade se décide alors à se laisser transporter à l'hôpital Beaujon où il entre le 19 janvier dans le service de M. le professeur Debove.

M. Lejars appelé le même jour examine le malade et voici le résultat de son examen.

Je vis le malade le 19 janvier dans le service de M. le professeur Debove qui avait bien voulu me faire appeler: La face était pâle, anxieuse, un peu grippée, le pouls fréquent et assez petit, la langue très pâle d'un blanc jaunâtre, il y avait eu la veille et dans la nuit des nausées et quelques vomissements sans caractères; pas de selles de-

1. Tout ce qui suit est communiqué par M. le professeur agrégé Lejars.

puis plusieurs jours, mais quelques émissions gazeuses. Le ventre était gros surtout distendu dans la région sus-ombilicale, d'une consistance uniformément pâteuse, sans induration, sans relief en aucun point ; la palpation était peu douloureuse sauf dans le flanc et la fosse iliaque droite, et encore n'était-ce là qu'une sensation diffuse, sans localisation et que la pression seule réveillait.

Le malade était d'apparence très vigoureuse, solidement musclé, et dans ses antécédents, que son état de torpeur un peu étrange rendait difficile à élucider, on ne retrouvait à noter que l'existence antérieure d'une crise un peu analogue et qui avait cédé spontanément.

Bien qu'il fut entré à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale, et que ce fut là, en réalité, une des hypothèses les plus plausibles, il manquait quelques éléments d'importance majeure : Les vomissements, en somme, uniquement bilieux, les quelques gaz rendus par l'anus, au moins la veille, la consistance du ventre cadreraient mal avec le diagnostic d'ileus, et d'autre par la brusquerie du début, cette crise mal définie et passagère dont il évoquait seulement le vague souvenir, tout cela ne permettait guère de prime abord de conclure à une tuberculose péritonéale chronique.

Toujours est-il que je crus sage d'attendre avant de recourir à une intervention opératoire, le malade se trouvant dans les meilleures conditions pour être soumis à une surveillance constante. On applique une vessie de

glace sur le ventre et l'on donne un lavement électrique qui ne fut d'ailleurs suivi d'aucun résultat.

Le lendemain 20 l'état restait pourtant le même ; le poulx conservait les mêmes caractères, les vomissements étaient toujours très rares et composés seulement d'un peu de liquide bilieux, le ventre n'était pas plus tendu. L'idée d'une obstruction ou d'une pseudo-occlusion paralytique semblait se confirmer. M. Labbé, interne du service, administra un second lavement électrique, sans plus d'effet.

Dans la nuit, la situation se modifia grandement. Le 21 à neuf heures on me présentait une pleine cuvette d'un liquide épais, brunâtre, dont l'aspect et l'odeur ne me laissaient aucun doute : c'était un vomissement fécaloïde, et il était même si caractéristique, que je le fis porter à l'amphithéâtre pour le présenter aux élèves. Le facies était grippé ; le poulx très petit, les mains froides, le ventre fortement distendu, surtout dans sa moitié supérieure.

Une demi-heure après, un peu en regret d'avoir attendu quarante-huit heures pour intervenir, je pratiquais la laparotomie, en présence de M. le professeur Debove et de M. Théophile Anger. Me guidant sur la zone de distension maxima de l'abdomen, je fis une incision sus ombilicale. Le péritoine ouvert, il s'écoula un peu de liquide clair séreux, et je tombai sur un épiploon épais, très gras, et que le premier examen nous montra parsemé de granulations jaunâtres, arrondies, dures, grosses comme des grains

de millet ou de chenevis et présentant tout l'apparence de granulations tuberculeuses ; en relevant et entirant au dehors le reste du tablier épiploïque, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue et au dessous l'intestin apparut recouvert des mêmes granulations.

Nous avions donc affaire à une péritonite tuberculeuse miliaire. L'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin ; l'S iliaque était distendue tout aussi bien que la première portion de l'intestin grêle ; nulle part de coudure, partout la surface intestinale était rouge, vascularisée mais lisse et polie, sans fausses membranes.

Après cette recherche, qui fut rapidement faite, il ne restait plus qu'à fermer le ventre purement et simplement ce qui fut exécuté, comme d'ordinaire, par une réunion à deux plans de la paroi, et la suture de la peau.

Le malade se réveilla sans peine, l'opération avait duré une vingtaine de minutes. Dans la soirée il allait spontanément à la selle et une garde-robe copieuse témoignait de la brusque cessation de l'occlusion paralytique.

Dès lors les vomissements ne reparurent pas, et l'état général s'améliora très vite. Il n'y avait pas de fièvre, le poulx était bon, les selles étaient régulières et le malade s'alimentait. La plaie abdominale se réunit sans incident.

Pourtant si les accidents aigus étaient subitement tom-

bés à la suite de l'intervention, ce n'était point là une guérison. Le malade était pâle, et ne reprenait que lentement ses forces, il ressentait de temps en temps quelques douleurs dans le ventre, il avait notablement maigri.

Ce fut dans cet état, en somme assez inquiétant, qu'il sortit de l'hôpital le 1^{er} mars.

Depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration. L'appétit est excellent, les fonctions intestinales régulières, le ventre est souple à peine sensible en quelques points.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire il est facile de dégager nettement les conclusions suivantes :

1° La péritonite tuberculeuse aiguë dans ses manifestations cliniques peut simuler une foule d'autres affections : Appendicite, péritonite aiguë non tuberculeuse, occlusion intestinale etc.; et devenir par cela même d'un diagnostic fort difficile.

2° La laparotomie seule dans ces cas indique la nature de la maladie et devient en même temps que le plus sûr moyen de diagnostic le meilleur mode de traitement.

3° Même dans les cas où le diagnostic est ferme l'intervention ne peut être que profitable au malade.

Ce dernier a tout à gagner et rien à perdre, les statistiques nous enseignant en effet que la guérison spontanée est un fait exceptionnel et que le pronostic est presque toujours fatal.

4° Le traitement médical combiné avec l'intervention chirurgicale peut aider puissamment l'action du bistouri.

Vu par le Président de la thèse,
DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Deuts. Med. Wochens, 1880.

ALDIBERT. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1892.

AUDRY. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Lyon médical, 1887, t. LVI, p. 327-332.

BAMPTON. — Case of tubercular peritonitis. Plymouth and Devonport médical Society, décembre 1887. The Lancet 7 January, 1888, p. 21.

BœRNER. — Wiener med. Presse, 1887, n° 4.

BOULLAND. — De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement. Thèse de Paris, 1885.

BRUHL. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse. Gazette des hôpitaux, n° 123, 1890.

DEBOVE. — Bulletin de Soc. méd. des hôpitaux, 10 octobre 1890.

DEBOVE ET RÉMOND DE METZ. — Soc. méd. des hôpit., 3 avril 1891 (communication).

DELPEUCH. — Essai sur la péritonite tuberculeuse. Th. de Paris, 1883.

FEHLING. — Beitrage zur Laparotomie bei péritonéal tuberculose. Corr. Blatt. fur schweiz, Aertze. Basel, 1887, XVII, 610-616.

FERNET. — De la tuberculose péritonéo-pleurale subaigüe Soc. Med. des hôpit. 20 février 1884.

HEYDENREICH. — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Sem. méd. 1888, p. 473.

HIRSCHBERG. — Verhandlungen der deutsch, Gesell. f. Gu-neck (1^{er} Congrès).

HOMANS (J.). — Laparotomy of tubercular péritonitis, tivo cases of laparotomy for ascites caused by tubercular peritonitis; both cured. The Lancet, 1888, I, p. 268.

JALAGUIER. — Traité de Chirurgie, t. VI, article péritonite.

KUMMEL. — Ueber laparotomie bei Bauchfell tuberculose. Archiv. f. klinische. Chirurg. Berl. 1888, XXXVII, 39-52.

LEGUEN. — Sem. méd., 1894, p. 65 à 71.

LEJARS. — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Gaz. des hôpit. 1891, p. 1305.

MATHIS. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse. Th. de Paris, 1890.

MAUCLAIRE. — Tribune médicale n° 6 du 9 janvier 1893. Des différentes formes de la péritonite tuberculeuse, de

leur traitement chirurgical par la laparotomie. p. 104 à 109 inclus.

MAURANGE. — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Th. de Paris 1889.

ORTH. — Centralblatt für Chir. 30 nov. 1889.

PIC. — Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées Th. de Lyon, 1890, n° 562.

PRIBRAM (A). — Ueber therapie der Bauchfell tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie Méd. Chir. Centralblatt, Wien, 1887, XXII, p. 580, 592, 604-615.

RICHARDIÈRE. — Curabilité de la péritonite tuberculeuse. Méd. méd., 20 Déc. 1893.

ROUTIER. — Traitement chir. de la périton. tuberculeuse. Sem. méd., 1893, p. 485.

SECHEYRON. — Du traitement chir. de la périton. tub indications et contre-indications. Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie. Paris 1887, II, 515-528.

TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale 1889. — Leçons sur le traitement chirurgical de la péritonite (péritonite tuberculeuse, p. 493.

— Leçon sur la palpangite tuberculeuse. Bull. méd. n° 55, 10 juillet 1889, p. 867.

TRABAUD. — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, son étiologie, ses terminaisons. Th. de Lyon, 1885.

TRUC (H.). — De la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses. Montpellier médical, 1887, p. 131-144.

— Traitement chir. de la péritonite. Th. d'Agrégation. Paris, 1886.

VAN DE WARKER. — Laparotomy as a cure for tuberculosis of the peritoneum. Amer. Journal of obstetric. New-York, 1887, XX, 932-941.

WIDAL. — Ser. diagnostic dans la fièvre typhoïde. Soc. Méd. des Hôpit. 26 juin 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Historique.....	11
Anatomie pathologique.....	14
Etiologie. Pathogénie.....	18
Formes cliniques. Symptomatologie. Marche. Durée. Terminaison	25
Pronostic.....	34
Diagnostic.....	36
Traitement.....	40
De l'intervention dans la péritonite tuberculeuse aiguë.....	44
Manuel opératoire.....	49
Résultats.....	55
Tableau des interventions.....	58
Mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse aiguë.....	60
Observations.....	64
Conclusions.....	83

